

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1978 - N° # 526

**LA PSYCHOTHERAPIE
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
A propos de deux cas cliniques**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean Maurice AGIER

né le 1^{er} Avril 1947

à LYON 2^e (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNAUD - LYON

MÉDECINE

M. E. R. CHANGÉ-BLANCHE

Année 1955 - 56

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et pour obtenir le diplôme de Docteur en Médecine

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marcel ACIER

né le 1^{er} Août 1927

https://archive.org/details/IA41554221_0016

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1978 - N°

**LA PSYCHOTHERAPIE
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
A propos de deux cas cliniques**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean Maurice AGIER

né le 1^{er} Avril 1947

à LYON 2° (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDICINE -
M. C. R. GRANDE-GRAND

Année 1962 - 1963

LA PSYCHOTERAPIE
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
A propos de deux cas cliniques



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 18 Décembre 1962
devant lequel la Faculté de Médecine

par

Jean-Michel AGIER

né le 1^{er} Avril 1947

A LYON 2^e (France)

— UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I —

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. B. ROUSSET
Troisième Vice Président	M. R. LOPEZ
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine : GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Professeur
	R. GUILLET,
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur E. COMBET
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	Mlle le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur B. POUYET
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	Mlle le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



- Examineurs de la thèse :

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. COLIN
Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE
Monsieur le Professeur Agrégé M. MARIE-CARDINE
Monsieur le Docteur GONIN

A MES PARENTS, toute ma reconnaissance et
mon affection, je suis heureux de leur
procurer cette légitime satisfaction.

A MA GRAND MERE.

A MES FRERES ET SOEURS, et toute ma famille.

A MARIE-JO, et à ISABELLE.

A VERONIQUE.

A tous ceux qui ont compté pour moi.

A tous ceux qui peuplent mon monde intérieur
qui est le seul héritage et le seul bagage
vraiment irremplaçable .

MERCI.

Je remercie également mes maîtres qui m'ont guidé dans mon cheminement, et qui par leur travail de pionnier, ont contribué à défricher la science psychiatrique, et à la sortir de la confusion :

Monsieur le Professeur M. COLIN, qui m'a enseigné les premiers rudiments

Monsieur le Docteur J. COTTEREAUX qui m'initia aux thérapies comportementales,

Monsieur le Docteur CAILLE à qui je dois la découverte des psychothérapies analytiques de groupe,

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT, c'est au cours de son séminaire que j'abordais les problèmes sur la filiation dans la psychose,

Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN, c'est dans son séminaire sur la psychothérapie que j'appris les bases de cet art si difficile.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. MARIE-CARDINE et Monsieur le Professeur S. RESNIK avec qui j'ai pu travailler plus particulièrement le problème de la psychose.

J'espère que par mon travail, j'aurais contribué modestement à l'élaboration de l'oeuvre commune.

A l'hôpital psychiatrique, l'équipe soignante peut faire une thérapie de soutien grâce à sa présence relativement stable. L'interne de service étant le seul médecin présent quotidiennement se trouve confronté à la nécessité de pratiquer des psychothérapies brèves à visée de changement et non plus de soutien. La technique analytique peut être utilisée pour cela mais nécessite des aménagements.

Le premier cas clinique est celui d'une jeune fille de 17 ans, G. caractérielle et dépressive au passé psychiatrique comportant de longs séjours en institution, des traitements psychotropes et des tentatives de psychothérapies. Une tentative de psychothérapie analytique dont je rapporte ici les comptes rendus, va permettre de mettre à jour et de traiter une maladie du deuil qui bloquait son développement, de lui permettre de mieux élaborer la position dépressive, de reconstruire un surmoi adapté, d'aborder des problèmes de rivalité envers les hommes, de reconstituer une imago paternelle fonctionnelle et acceptable et de permettre à son désir d'investir des objets plus viables, à savoir un compagnon, un enfant, et un travail.

Malgré l'instauration d'un champ symbolique, il n'a pas été possible de contenir toute la dramatisation, et il m'a fallu intervenir hors du cadre et d'incarner moi-même les limites d'un surmoi vivant réel et sécurisant.

Pour l'analyse de ce cas, j'utilise les travaux de Maria TOROK sur le deuil pathologique et de WINNICOT sur la haine et le contre-transfert.

Le deuxième cas est celui de M., pupille de l'assistance publique, hospitalisée depuis l'âge de 17 ans, c'est-à-dire depuis 30 ans. Elle subit des internements en maison de redressement moral avant d'être hospitalisée puis une lobotomie, et enfin bénéficie de l'apparition des neuroleptiques. Etiquetée de psychopathe, perverse, elle se retrouve à 48 ans un peu moins virulante mais avec une symptomatologie dépressive qui a des ressemblances avec une paranoïa sensitive. La psychothérapie commence par une tentative pour explorer

les fonctions symboliques de l'image du corps à la lumière des travaux de Giséla PANKOW, et par la technique du modelage. Elle permet l'accès à un désir refoulé qui va permettre la mise en jeu d'une défense maniaque au sens de WINNICOT, et qui va l'amener à réaliser ses désirs sexuels malgré les résistances de l'institution. Chez cette patiente qui fonctionne essentiellement sur le modèle de l'identification projective, l'accès à un registre symbolique a permis d'échapper à l'impasse orale (RACAMIER). L'introjection de la libido sexuelle lui permettra de nouer des relations satisfaisantes, de se marier, et de quitter l'institution pour aller vivre avec son mari, après 30 ans de vie asilaire.

Il s'agissait donc d'une psychose anti-dépressive de type 2. (GUYOTAT).

Le deuxième chapitre de ce travail étudie les relations de la psychothérapie avec l'institution. Les différentes fonctions du rôle d'interne ne sont pas incompatibles avec la fonction de psychothérapeute, seule la fonction de médecin généraliste m'a paru difficile à concilier avec celle de psychothérapeute. Un autre point de vue concerne la relation de l'interne psychothérapeute avec les soignants. Le concept d'identification projective nous permet de comprendre que les soignants sont en permanence sollicités par des contenus psychiques pénibles qui peuvent entraîner chez eux des résistances, et également une dépression du moi-thérapeutique. D'où la nécessité d'apporter une aide aux soignants dans l'exercice de cette fonction ; qui est primordiale pour la croissance des patients. L'intérêt de cette relation contenant-contenu (au sens de BION) m'a conduit à étendre le concept de contenance à tout un service considéré comme un système contenant, composé de sous-systèmes compartimentés et hiérarchisés en interaction réciproque. Un autre aspect est d'assurer des possibilités de progrédiance, pour les patients très régressés ou psychotiques. Le troisième chapitre concerne les problèmes techniques. Tout au long de ces thérapies accées sur l'analyse du discours latent, il m'a semblé nécessaire d'utiliser des modes d'expression symboliques distincts de ceux utilisés dans le quotidien, et dans l'institution pour instaurer

.../...

un champ symbolique avec lequel je puisse travailler malgré mon rôle d'interne, dans le service, tel que l'écriture, le modelage, ou certaines manifestations corporelles inspirées de la bioénergie, (apparentés aux techniques actives de FERENCZI, et aux psychothérapies brèves de MALAN et BALINT). J'analyse quel est selon LACAN, l'essentiel du processus analytique, afin d'examiner en quoi cette thérapie peut s'y référer.

En conclusion, la psychothérapie analytique à l'intérieur de l'institution psychiatrique, par l'interne du service, est possible au moins pour certaines personnalités non dissociées.

- P L A N -

- I - INTRODUCTION : La psychothérapie à l'hôpital psychiatrique :
nécessité de compromis. (1)
- II - a/ Présentation du cas de G. : - Anamnèse (5)
- Problème diagnostic
- Compte rendu des séances (7)
- b/ Discussion : La maladie de deuil (Maria TOROK) (26)
La dépression autoérotique (30)
La haine et le contretransfert
- III - a/ Présentation du cas de M. : - Anamnèse (34)
- Diagnostic (37)
- Compte rendu des séances (40)
- b/ Discussion : L'identification projective (47)
Exploration des fonctions symbolisantes de
l'image du corps (50)
- IV - La psychothérapie et l'institution : - Les fonctions d'interne (52)
- La dépression du moi-thérapeutique (57)
- les possibilités de progrès (54)
- La contenance du système (64)
- V - Etude théorique de cette technique psychothérapique :
- Le problème de la psychothérapie
par l'interne du service (73)
- Comparaison avec d'autres techniques (78)
- Validité analytique de cette technique en référence
aux idées de LACAN (79)
- Critères d'évaluation du travail psychothérapique
en institution (84)
- VI - CONCLUSION (85)
- VII - BIBLIOGRAPHIE (86)

- INTRODUCTION -

J'ai voulu faire part dans ces comptes rendus de psychothérapie, de mes tentatives pour utiliser les connaissances théoriques et l'expérience transmise par les autres, dans des conditions de réalité en matière de psychothérapie. Les exemples de psychothérapie que l'on trouve dans les écrits sont très séduisants à certains égards, ainsi que les théories psychologiques, pour peu qu'elles s'appuient sur des bases expérientielles que l'on a connues, et qu'elles soient cohérentes logiquement. Cependant, il est rare que la réalité soit si limpide. Il arrive que les théories assimilées ne servent que de repères bien fragiles pour structurer les perceptions lors d'une expérience, qui le plus souvent défie toute logique connue, et où les systèmes de référence (même consacrés par une école), soit le bon sens ou encore notre propre système de pensée sont en contradiction.

Les écoles psychanalytiques s'excommuniant les unes des autres, sont elles-mêmes, décrites par la psychiatrie classique, les behavioristes et tous ceux-là par certains courants de la psychologie humaniste. Et quand bien même, on aurait sans trop de difficultés prit son parti de ces contradictions, ou créé sa propre religion dans une optique opérationnelle, ce n'est pas pour autant que ces systèmes ou ces modèles nous apprendraient à prendre des décisions, ou à pratiquer des interventions. Car, si les théories sont intarissables sur le pourquoi des faits (souvent à postériori), elles sont plus discrètes sur le comment. Comment faire pour les changer ? C'est dire que dans cette confrontation avec la souffrance psychique d'autrui, aux prises euanon avec une famille ou une institution, notre savoir-faire est souvent mis à rude épreuve et que nous nous retrouvons très souvent seuls, riches des outils que sont les modèles psychologiques, tous plus ou moins passionnants, mais il faut bien le dire, difficiles à manier avec efficacité.

C'est de cette tentative pour utiliser ces "outils" dont je veux parler, avec les maladresses que j'ai conscience ou inconscience, comme tout apprenti, de n'avoir pas su éviter.

Ces psychothérapies débutèrent il y a trois ans, l'une d'elles a duré près d'un an et demi, c'est donc avec un recul d'un an et demi depuis leurs dénouements que j'écris ce travail.

Dans les psychothérapies pratiquées à l'hôpital psychiatrique, alors que j'exerçais les fonctions d'interne, j'étais obligé d'apparaître sur la scène du réel. Mes fonctions n'étaient pas limitées à celle du psychothérapeute. J'étais en effet, le prescripteur de médicaments, le médecin généraliste, l'animateur des réunions du groupe de malades qui avaient lieu une fois par semaine, celui qui signait les permissions, l'animateur de l'équipe soignante, et enfin celui qui était susceptible de jouer l'élément tiers dans les rapports entre patients et soignants. C'est dire aussi l'importance qu'ont revêtu la coopération et le soutien permanent du médecin chef, qui ne m'ont jamais manqués. Ni les patientes, ni moi n'étions capables de faire ensemble une expérience analytique. En effet, les patientes n'auraient pas supporté ni les contraintes du cadre, ni l'absence de repères réels, ni la frustration. Quant à moi, mon expérience analytique n'était pas assez étoffée pour pratiquer des analyses, encore moins pour aborder des personnalités profondément régressées par une technique analytique pure. Enfin, parce que le cadre analytique ne pouvait être respecté dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique : mon statut d'interne ne permettait pas une fonction d'interprétant suffisamment aseptique qui ne puisse être contaminé par le réel. De plus, il ne m'aurait pas été possible d'honorer mon contrat dans le temps imparti à mes fonctions d'interne. Afin de pouvoir mener à terme ces psychothérapies, j'ai même dû les poursuivre pendant six mois, alors que mes fonctions avaient cessé dans le service, ce qui était peu pratique du fait que l'hôpital se trouvait dans une autre ville, et que je me voyais obligé d'en limiter le nombre à une séance par semaine.

Malgré toutes ces raisons, il était difficile de ne rien tenter. Il me semblait en effet possible de trouver une forme de psychothérapie adaptée à cette situation réelle, et que mes connaissances analytiques, bien que limitées, pouvaient être utilisées pour cela.

Pour ces raisons, j'ai essayé d'aménager un espace temps qui bien que n'ayant rien à voir avec la rigueur, l'étanchéité, l'asepsie et la

stabilité du cadre analytique, pouvait me permettre d'assurer un minimum de sécurité aux patientes, à moi-même, au service, tout en étant compatible avec mes fonctions d'interne.

Le danger était moindre de voir se développer sans contrepartie dans le réel et sans contrôle, les fantasmes les plus destructeurs sur la scène imaginaire. Par contre, le prix à payer pour cette relative sécurité était sûrement un manque de profondeur dans le travail.

Un des ressorts ultime de cette sécurité était que, dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique, les risques de dramatisation étaient limités dans leurs conséquences, aussi bien que pour les individus que pour une éventuelle famille, qui était ainsi soustraite à la douloureuse et insupportable expérience de devoir assumer des mouvements et des "changements catastrophiques" (BION).

J'ai bien conscience cependant que ce type d'expérience n'est pas nouveau, et qu'il a déjà été étudié par des thérapeutes autrement plus qualifiés que moi, qui en ont établi les limites (RACAMIER - "Psychanalyse sans divan"). C'est pour cette raison qu'à la lumière de leur expérience, j'ai veillé à ne pas réitérer les impasses qu'ils nous ont révélées.

L'une des évaluations les plus importantes à faire préalablement à toute intervention, est celle de ses propres limites de psychothérapeute, ainsi que l'évaluation du patient, de son diagnostic, de sa demande.

J'ai donc procédé à la mise en place du cadre, de la manière la plus classique qui soit, en proposant à mes patientes des entretiens réguliers, à jours et heures fixes si possible, dans le même local qui se trouvait être le bureau médical et un petit parloir, mais ceci ne fut pas toujours possible. Très rapidement, je les ai invitées au cours des entretiens en face à face à s'exprimer sans retenue, sans que cela soit établi comme une règle fondamentale.

J'ai procédé à cette invitation surtout au début, et spécialement quand elles présentaient des difficultés, et ceci sous forme très simple : "Vous savez, ici vous pouvez dire absolument tout ce que vous voulez". Ou bien si elles étaient gênées et déclaraient : "Je voulais dire quelque chose, mais ce sont des bêtises" - "Ici, vous avez bien le droit de dire des bêtises", sur le mode affirmatif, plutôt que d'interroger leur

résistance, sous la forme : "Pourquoi n'osez-vous pas dire des bêtises ?"

Ceci permit assez rapidement de leur donner confiance sans pour cela les effrayer avec l'énoncé d'une règle pour le moins inquiétante.

Un autre aspect du problème, est que le fait d'être interne dans le service où se déroulaient ces séances, n'a pas été sans conséquences.

J'ai donc tenté de dégager dans ce travail les phénomènes de rétroaction, et les effets que j'ai pu observer dans cette situation, celle d'une psychothérapie menée par l'interne du service au sein même du service.

Mon intention n'a pas été d'apporter une pierre de plus à la construction des théories et des pratiques de psychothérapie, lesquelles sont déjà riches. J'ai voulu seulement rendre compte de mes tentatives pour les utiliser, réalisant ainsi que les intuitions de FREUD sur la "nécessité de mêler le cuivre de la psychothérapie à l'or pur de la psychanalyse."

- G. ANAMNESE -

G. a été hospitalisée à l'âge de 16 ans. Elle est le premier enfant d'une famille de deux (un frère plus jeune d'1 an $\frac{1}{2}$). Le père est éthylique, agressif, coléreux et invalide, et la mère est dépressive. Celle-ci a été hospitalisée plusieurs fois à l'hôpital psychiatrique. Le milieu familial est donc très perturbé, et il y a des disputes fréquentes entre les parents.

Elève par sa grand mère jusqu'à l'âge de 9 ans, celle-ci décède d'un cancer, G. est alors placée dans une famille nourricière par la DASS.

Plusieurs tentatives de scolarisation échouent en raison des troubles caractériels. Ces troubles sont aggravés par le décès de sa grand mère et par l'hospitalisation pour mise en place d'un corset plâtré pour maladie de Scheurmann.

Un traitement antidépresseur a été prescrit par un psychiatre en ville.

A 14 ans, elle aurait présenté des épisodes d'aménorrhée, et de galactorrhée (en l'absence de Dogmatil).

L'histoire infantile de G. n'est pas connue avec certitude. Sans en garantir les sources, on a la notion qu'elle aurait été nourrie au biberon jusqu'à l'âge de 4ans, et aurait marché à ce même âge. Elle aurait parlé à l'âge de 6ans (ceci me semble peu vraisemblable), et aurait été soignée à l'âge de 6ans par un psychiatre. Elle avait 28 mois lors de la première hospitalisation de sa mère. Son comportement alimentaire était franchement anorexique.

La mère n'est pas très désireuse de la reprendre au domicile familial, et désire que le service se débrouille pour trouver une solution. Elle a une vocation d'assistée, et s'en remet totalement au médecin.

En 1974, à son entrée à l'hôpital psychiatrique, elle apparaît comme très ralentie, s'exprimant lentement, sans incohérence, mais sans exprimer d'affects, son regard est fixe, elle "plafonne". L'attention est conservée, et il n'y a pas de barrages. Elle est rigide, ne sourit pas, réagit peu à tout ce qu'on lui propose. Elle est indifférente.

Elle a 17 ans, lorsque je la vois pour la première fois. Elle ne présente pas de délire, pas de sentiment de persécution organisé, pas de pathologie psychotique. Mais par contre, des accès de dépression avec clinophilie, hypo chondrie, et des accès de violence (agressivité intense envers l'entourage). Elle affiche volontiers un comportement sadique. Elle est souvent méchante et éprouve du plaisir (ou du soulagement) à provoquer les soignants. On décrit une scène où elle se lève pour jeter un verre d'eau au visage d'une patiente en pleine réunion, puis part en courant, et défonce une porte à coups de sabots.

Elle forme un couple avec une autre patiente, abandonnique et franchement perverse, plus âgée mais encore plus infantile. Ce jeu identificatoire, en miroir, entre elles deux, est un facteur important de non-changement et de renforcement.

Elle présente de nombreux troubles qui s'expriment somatiquement et un syndrome pyramidal léger (elle a eu du Nozinan dans son enfance). Elle est assez facilement fabulatrice et c'est souvent, le thème de viol qui revient. Enfin, son psychothérapeute estime son mode relationnel comme étant de type anaclytique.

Dans le service, quand elle va un peu mieux, elle tricote avec les infirmières et étudie le français, avec une religieuse. Comment pouvons-nous envisager son diagnostic ? Il n'y a jamais eu d'éléments psychotiques, même au cours des crises antérieures, tout au plus, peut-on noter un certain degré d'autisme et d'indifférence affective, d'autre part, le comportement caractériel, la relation d'identification avec une autre malade perverse, et la dépression permanente. Les symptômes psychosomatiques, le caractère anaclytique de la relation décrit par le psychothérapeute, tout ceci est en faveur de l'appellation "Etat limite".

Cependant, elle n'a pas de tendance homosexuelle manifeste, et semble au contraire, avoir un désir hétérosexuel bien que conflictuel. On peut également noter que les traitements sont parfaitement inefficaces, chez elle, à part des anxiolytiques à dose modérée.

Premières séances :

G. se présente avec des demandes de changements, qui se résument en général à des changements de traitement : soit elle est trop angoissée, soit elle est "ensuquée". En général, je satisfais ces demandes dans une certaine mesure. Elle présente également divers symptômes somatiques : douleurs rachidiennes, constipation, paralysie des mains et de la jambe droite qui n'ont rien révélé à l'examen clinique, malgré des examens neurologiques ainsi que la consultation d'un neurologue. Ses mains laissent tomber les objets. A cette époque, elle se plaint également d'être trop grosse.

Elle se présente aux entretiens très tendue, muette, le regard fixé sur nous, avec des gestes très lents, donnant l'impression de vouloir tout contrôler du regard, et de maîtriser ses gestes. Elle ne supporte aucun tiers, et surtout pas la cheftaine, et refuse qu'un soignant assiste à l'entretien, ce qui est très pénible pour l'équipe. Elle ne parle pas facilement de manière spontanée, ne répond que par oui ou par non.

C'est au cours de ces premières séances, que j'apprends qu'elle s'intéresse au français, qu'elle étudie avec une religieuse de l'hôpital.

Je fais une tentative pour débloquer la situation en lui proposant de m'écrire une histoire pour la prochaine séance. La première histoire met en scène Blanche neige et les Septs nains aux prises avec la vieille sorcière.

Nous pouvons remarquer qu'elle le fait volontiers, mais que dans ces histoires elle s'implique peu et par le peu d'elle même. Cependant, le choix n'est pas fortuit. Il est frappant de noter la pauvreté de l'entretien spontané, le fait qu'elle accepte d'écrire l'histoire et d'associer sur cette histoire.

L'HISTOIRE :

§ BLANCHE-NEIGE.

Il était une fois une merveilleuse fée qui se nommait blanche-neige, et les sept nains, et il avait une vieille sorcière avec de grandes dents qui était très jalouse, elle se regardait dans un grand miroir. Un jour que sept nains étaient partis travailler dans les bois, elle rendit visite à Blanche-neige à lui disant bonjour Blanche-neige et lui voulant offrir une moitié de pomme donc qu'une des deux moitiés était empoisonnée la sorcière dit à Blanche-neige une prenait cette moitié de pomme qui est bien mûre. Et elle prit la pomme qui était empoisonnée Blanche-neige commença à avoir des nausées, et soudain les

SEPT nains arrivèrent et voient Blanche-neige qui était étendu par terre mais malheureusement pour la sorcière blanche était remis à elle. Alors les nains dit à blanche-neige de ne pas recevoir personne mais la vieille sorcière qui essaya en pensa que cette fois qu'elle allait arriver à la faire mourir lui rendit visite et cette fois l'étrangla avec un foulard cette fois les sept nains revirent blanche neige inanimée et soudain son enterrement se fit avec un prince avec un cercueil de verre".

LES ASSOCIATIONS D'IDEES :

G. relate un épisode de sa vie au cours duquel, elle a travaillé dans l'hospice, où est morte sa grand mère. Il y avait une chambre où l'on mettait les morts. G. dit "au moins elle n'est pas malheureuse, elle". Elle est triste, figée, n'a plus de goût à rien, ne sent plus son corps. Elle a éprouvé de violentes colères dans le service, et voulait envoyer son sabot sur le ventre d'une infirmière qui était enceinte. Ses colères sont une des motivations qui poussent l'équipe à désirer que je m'occupe particulièrement de G. Le sabot est chez elle l'argument privilégié de la défense.

Je fais les hypothèses suivantes.

Dans le cas de Blanche neige, elle exprime très bien, outre le clivage et la projection des pulsions agressives, la détermination mise par la sorcière à tuer celle qui est blanche comme neige et l'inéluctabilité de ce destin, et ceci malgré la protection des sept nains. Il est difficile de ne pas faire le rapprochement avec ce qu'elle raconte sur ses relations avec sa grandmère mais ici la sorcière ne représente pas la grand mère, elle représente sa propre pulsion de mort et sa propre agressivité dans une relation dont l'ambivalence n'est pas résolue. "Je veux mourir, je veux rejoindre ma grand mère". Il s'agit de sa propre détermination. On peut noter que ce sont les sept nains, qui sont dépositaires du désir de vivre. On peut avancer comme hypothèse, que ces sept nains représentent son "moi" sain étayé par l'équipe soignante. Le scénario imaginaire mis en scène représente la victoire de la mort. Nous verrons sur le plan économique ce que signifie ce scénario.

Entretiens suivants :

J'apprends qu'elle s'estime malade depuis la mort de sa grand mère, décédée à 77 ans d'uncancer. Celle-ci l'a élevée en raison de la maladie mentale de sa mère. Tout l'entretien se déroule avec ce leitmotiv : "ma grand mère est morte, je ne pense qu'à elle. Je lui avait dit, si tu meurs, je meurs avec toi". Elle pleure et me montre des photos où elle est un bébé dans les bras de sa grand mère. Elle n'a pas de souvenirs de sa grand mère vivante, ce qui est remarquable car elle avait 9 ans lors du décès de celle-ci.

Elle semble prisonnière de deux scènes imaginaires, toutes deux figées et inaccessibles : la scène de sa grand mère morte, et celle où elle se trouve tout bébé dans les bras de sa grand mère.

ECRIT DE G. :

"Ma grand mère souffrait.

C'est en 1970 qu'elle commence à avoir le cancer généralisé. Quand j'ai su ça ça m'a fait l'impression que moi et ma grand mère c'était fini entre nous deux, un jour moi j'ai rêvé que j'avais le cancer et je me voyais partir. Quand je me suis réveillé j'ai poussé un cri de désespoir ma grand mère plus aller plus elle était maigre comme un coucou tous les jours elle me disait je vais mourir je lui est dit moi aussi je vais mourir avec plaisir tu t'en rapelle que je me suis jeté dans l'escalier et que j'avais des hémorragies. Cela la faisait pleurer je la consolais en lui disant un jour ou un autre on va mourir. Ce qui m'a plus choqué c'est quand j'ai été là voir à la morgue".

Séance suivante :

Elle se présente avec la même attitude figée, parlant très bas, angoissée.

"Je m'en sortirai jamais, autant mourir tout de suite, ma vie est foutue".

"Je voudrais me jeter par la fenêtre, mais je me retiens".

De plus, elle se plaint de constipation et n'arrive pas à uriner.

Séance suivante :

Elle dit vouloir tout casser, et elle a effectivement cassé une porte à coups de pied. Elle éprouve le besoin de s'enfermer et désire avoir un appartement. Elle se sent envahie par les autres, les problèmes des autres, leurs décisions. En même temps, elle se sent en fermée en elle-même, le souvenir de la grand mère morte et le désespoir sont les seules émotions qui puissent l'animer, hormis de violentes colères paroxystiques, elle se plaint toujours de constipation, et de ne pouvoir uriner. Le thème principal qui revient dans cette séance concerne surtout les entrées et les sorties qu'elle n'arrive pas à contrôler, et l'invasion des autres. Mais je comprends plus tard, qu'il s'agit peut être aussi de la jalousie par rapport à ses rivales, qui sont les autres patientes en psychothérapie avec moi.

Autre séance :

G. dit : "le tranxène est pire que tout, c'est comme ci on m'enfonçait quelque chose dans la poitrine", "je veux mourir, de toute façon j'y arriverai", "je mijote un sale coup, contre moi", "je ne veux plus voir mes parents, ma mère a voulu m'empoisonner".

Elle raconte le scénario suivant : "ma mère aurait mis du poison dans la nourriture, toute la famille aurait été malade."

Pendant toute cette première partie, quand les entretiens étaient entravés par un lourd silence, et par l'idée fixe de la grand mère morte, je lui proposais d'écrire si elle le désirait. Il me vint à l'idée à ce moment, que le thème de la grand mère revenait plus souvent depuis que je la voyais régulièrement, comme si, elle me lançait un message : "Je ne peux pas désirer quelque chose de vous, car je suis prisonnière de ma grand mère morte". Je suis peu intervenu pendant cette période, posant plus de questions, essayant de susciter des images de relation avec la grand mère vivante, mais en vain, tout souvenir était effacé, il ne restait plus que cette photo de G. bébé.

Séance suivante :

J'essaie de susciter chez elle des images oubliées des relations agréables qu'elle avait avec sa grand mère, de son vivant. Je voudrais découvrir s'il n'y a pas d'autre expérience fantasmatique satisfaisante que celle de la réalisation amoureuse dans la mort. Cependant, elle m'écrit : "ma grand mère et sa petite fille" où elle raconte également une scène, au cours de laquelle sa mère nourricière lui enlève une paire de ciseaux des mains, alors qu'elle menaçait de se couper les veines, et elle évoque aussi quelques scènes positives de sa relation avec sa grand mère.

ECRIT DE G. :

"Ma grand mère et sa petite fille.

Ma grand mère me nommait ma chatte, elle m'aimait et moi aussi elle m'a élevé à l'âge de 18 mois. Elle me prenait toujours dans ses bras elle était boulangère mais moi je lui en faisais voir je volais ses bonbons un jour c'était sa retraite mais continua à s'occuper de moi à l'âge de 70 ans elle commença à être malade elle me disait toujours un jour je vais mourir qu'est ce que tu vas devenir sans moi. en 1971 elle devient très malade je demandais à ma nounou de la voir avant qu'elle meurt. un jour que l'on était tous les deux je lui parlait de lui dit le jour que tu mourra je me flinguerai. c'est en 1973 qu'elle mourra sa petite fille très angoissée de la mort de sa grand mère alors j'ai rechuté, ma mère nourricière m'enleva tout des mains jamais je ne l'oublierai.

Lors de la séance suivante, G. est assez calme, elle apporte l'histoire de la mère nourricière. Je remarque la similarité des scénarios, car la mère nourricière parle aussi de sa mort.

ECRIT DE G. :

"Ma mère nourricière

Je la nomme nounou je l'aime plus que ma mère maternelle quand je lui dit que je t'inviterai un jour à la maison elle me dit toujours si je suis pas morte car je m'envoie tellement que je ferai n'importe quoi mais je garde la vie pour mon petit fils Samuel toi qui m'empêchez de faire des bêtises je ne t'oublierai jamais.

Séance suivante :

G. apporte cette fois deux histoires, l'une écrite avec beaucoup d'émotion met en scène G. dans le rôle de mère. A ce propos, elle m'annonce qu'elle aimerait avoir un enfant, mais pas de mari. Aucune association d'idée ne vient à ce sujet. Il me semble voir là, représenter la " haine de l'étranger", du tiers, qui vient perturber la relation fusionnelle.

ECRIT DE G. :

"Mon petit neveu.

Il est né le 13 mai le premier jour je n'ose pas de toucher pourtant c'était mon idole à 3 mois quand j'avais mon plâtre son grand plaisir c'était dit donné des coups de tête je lui donné son biberon et son dessert je jouais avec lui je le berçais pour l'endormir mon petit Samuel ce la fait 6 mois que je l'ai pas vu, cela me ferait grand plaisir de le revoir il chante la chanson au mami au mami blou. Je m'excuse de faire tant de faute d'orthographe mon surnom c'est Nève et moi je l'appelle mumu, il dit : mumu grand garçon je lui répond plus pipi ou caca car c'est la fessée par sa maman je voudrais trop le revoir. avoir mumu".

Enfin une troisième histoire met en scène G et son frère plus âgé, et l'agressivité contre le frère est clairement manifestée par personne interposée : le gendarme qui donne la correction au petit frère.

ECRIT DE G. :

Je me souviens que quand mon frère est né j'ai pleuré je ne voulais dormir pas dans ma chambre mais celle de mes parents. mon frère quand il est né il était tout rond il pesait 3 kg. il était un vrai bourgeon je ne peux pas rapeller autre chose.

L'autre histoire écrite le même jour est très significative, quand elle relate la douleur ressentie à la naissance de son frère.

ECRIT DE G. :

"La fugue.

C'était quand j'avais 6 ans et mon frère 4ans et demi avec un copain de gendarme. Nous proposons nous sauver Gilles nous fait pas un drame nous allâmes au bord du chemin de fer et soudain nous trouvâmes un champs ou que l'on nous amusons soudain

nous sommes surpris par un gendarme avec un trique c'est que l'on n'en rigoler arriver dans la maison c'est la grand chasse j'ai eu le temps de m'enfermer dans ma chambre c'est tout mon frère qu'a pris la sauce. Je m'en souviendrai toujours".

Séance suivante :

G. est très déprimée et explique que sa mère a rechuté et qu'elle est de nouveau hospitalisée pour dépression. Elle dit qu'elle se sent prête à "faire une bêtise". J'ai remarqué qu'il lui arrive souvent de parler de douleurs abdominales, quand elle rapporte une histoire. Une consultation du généraliste n'a rien révélé. Il semble que ce soit l'anxiété due à l'entretien qui s'exprime sur ce mode. Elle apporte une histoire qui met en scène des rapports très maternels avec sa chienne, mais celle-ci tombe malade. On remarque que le langage utilisé dans ce récit est le même pour parler de ces rapports avec les enfants.

ECRIT DE G. :

"Ma chienne Ida.

Elle avait 8 jours quand nous l'avons accueilli on lui donnait 80 g de lait de vache coupé avec de l'eau toute les heures comme race cette épagneul breton nous la nommons Ida elle avait le bout de la queue coupé c'était pas beau à voir. J la prenais tout le temps sur mes genoux. mais quand elle eu 3 mois elle nous eu faisait voir de toute les couleur. un beau matin je dormais d'un seul coup je senti qu'une langue me lécha et voulu rester coucher avec moi elle me morder les oreilles le cuir chevelu un jour son ventre ressorter elle avait une tumeur elle a eu des piqûres et des comprimés à prendre.

Séance suivante :

Il s'agit de l'histoire de Barbe bleu. Je n'ai plus les traces de ses associations d'idées qu'elle avait faites. Peut être était-ce une de ces séances où elle ne disait rien et restait figée.

ECRIT DE G. :

"Barbe bleu et ses sept femmes .

Il était une fois un homme avec une grosse barbe méchant un jour il épousa une 7ème femme ils ont fait une grand cérémonie un jour il lui dit je vais faire un voyage il lui confia le trousseau clés en lui expliquant à quoi servent-elles? en lui disant qu'une de ces clés qu'il ne fallait pas s'en servir alors elle attendit que le départ du féroce barbe bleu soit parti pour regarder ce que contenait le placard de cette fameuse clé il y découvrit des cadavres de femmes et quand elle voulu refermer la porte à clé elle s'aperçut que la clé avait une tâche de sang elle la lava impossible de faire partir cette tâche à son retour

il lui redemanda les clés il s'aperçut qu'il manquait la fameuse clé elle lui dit qu'elle avait laissé la clé dans la salle de bains. il lui dit et allait la chercher, alors elle alla chercher la clé quand il vit qu'elle venait pas il lui dit de venir ou sinon qu'il allait la chercher elle chercha du secours elle appela sa soeur Anne elle entendit au loin des cris c'étaient ces frères ils arrivèrent et lui donna un coup de poignard je suis heureuse que ce féroce barbe bleu soit mort. "

Cette histoire me suggère une scène primitive, or sa mère vient de faire une rechute dépressive, mais aussi qu'est ce qui rend cette mère dépressive et malade ? Qu'elle est cette tâche à effacer ? Et ce frère salvateur ?

Autre association d'idée : il s'agit de 7 femmes tuées par barbe bleu, or il y avait déjà 7 nains. Bien que ceci soit dans les contes, il peut s'agir d'une symbolisation de l'équipe soignante composée de femmes.

A ce stade des entretiens apparaissent clairement plusieurs hypothèses :

- attachement mortifère à un cadavre imaginaire. Ce qu'on pourrait appeler une "maladie du deuil",
- une intense agressivité envers son jeune frère et par là envers les garçons (à titre d'hypothèse),
- la seule expérience positive fantasmatique est une relation fusionnelle où elle est soit le bébé soit la mère,
- une agressivité importante envers les personnages féminins, soit agit, soit fantasmée, soit sousforme de vécu persécutoire. Ce qui montre une ambivalence non résolue,
- une relative absence fantasmatique du père, lequel tient moins de place que le frère.

Mais ce qui est remarquable, c'est que le leitmotiv de "la grand mère morte" qui venait auparavant en période de crise, envahit une grande partie des entretiens, et prend une singulière extension; ce phénomène donne à penser qu'il était l'expression d'un transfert : l'expression de la souffrance que le transfert suscitait dans ces séances.

L'histoire suivante met en scène une accusation de vol portée contre elle, à l'occasion de son premier emploi, par une caissière.

ECRIT DE G. :

"Mon stage de vendeuse.

Un lundi 11 octobre 1973, j'allais pour la première fois de ma vie travailler il me donne une blouse blanche et bandage blanc ce qui signifie que j'étais

dans l'alimentation. je me suis fais prendre en train de manger un chumgum par le chef il me fait signe de le jeter. mon travail était aux piles et marquer le prix des produits de la marchandise. la semaine après j'ai été au caisse là ou je rangeai les cadis et je rendais la monnaie au caissière une caissière m'accusa d'avoir volé 100 F nouveau cela m'a énervé je me suis mis insulte les employés je leur ai dit fouller moi ma blouse je leur même dis fouiller mois jésté au slip et au soutient gorges mais l'employé a moment se sa paie elle voulait rembourser l'argent."

Or cette histoire est écrite en même temps qu'elle présente dans le service une intense agressivité contre l'équipe, comme le témoigne la scéance suivante. Elle arrive très angoissée. Le service fait une sortie pour manger une friture ; elle y a renoncé pour aller à son rendez-vous avec le médecin qui la suit en psychothérapie depuis ces dernières années, et celui-ci n'y était pas. Depuis quelques jours elle n'a pas faim, elle refuse de manger. Elle relate l'histoire d'une institution où elle a eu une cure d'insuline parce qu'elle refusait de manger et reparle du fantasme d'empoisonnement de sa mère. Elle refuse ses médicaments et pendant presque toute la scéance ne me regarde pas. Elle menace : le week-end va mal se passer, elle a une colère à liquider contre quelqu'un. J'essaie de lui dire qu'elle a tout à fait le droit d'être en colère, et que justement ces entretiens sont là pour qu'elle puisse en parler. Elle est très en colère contre les infirmières, et je lui demande si elle l'est aussi contre moi: "non". Ala fin de l'entretien, elle rit en pensant aux "vacheries" qu'elle va faire, puis se justifie à nouveau en évoquant les griefs qu'elle a contre tous. Mais dans un sens, n'y a-t-il pas une colère contre les médecins ? Et elle sait bien que si elle est insupportable, l'agressivité de l'équipe se retournera contre la psychothérapie.

Séance suivante :

Elle a un petit copain qu'elle voit très épisodiquement dans le parc. C'est un malade, il est enfermé dans l'hôpital des hommes. Elle dit qu'elle se fait un peu de soucis. Elle ne fait que penser à une chanson de Mike BRANDT, qui devient obsédante : "Qui saura, qui saura, me faire oublier dites-moi, je n'avais qu'elle sur terre, et sans elle, ma vie entière, qui..... ma seule raison d'aimer est d'essayer deme le dire.....".

D'autre part, elle exprime sa peur de recevoir une lettre annonçant le décès de son oncle, et me dit avoir rêvé de la mort de son oncle, elle ne rêvait plus depuis quelques temps. Elle a des terreurs nocturnes en ce moment.

Elle me pose des questions sur les magiciens et les guérisseurs. Je lui demande si elle a peur de provoquer la mort (de son oncle entre autre), en y rêvant et en y pensant. Elle ne répond pas, et répète "J'ai peur qu'il meurt". Je lui explique que les rêves et les pensées ne se réalisent pas. Elle rétorque qu'elle a lu dans un livre une histoire de magicien, où des événements sont arrivés après avoir été rêvés. Je démens cette croyance.

Séance suivante :

Elle est préoccupée par une histoire de malette, qui contiendrait des lettres montrant clairement l'éventualité de la mort de son oncle. Elle a perdu les clés de cette malette, et est debout et tourne en rond dans le bureau. Elle évoque l'idée de tuer ses parents. Je lui confirme, qu'elle peut dire tout cela pendant les séances et que ça n'a aucune conséquence dans la réalité.

Séance suivante :

Elle veut faire une cure d'amaigrissement, elle se sent devenir grosse; elle ne veut pas être grosse comme sa mère. Son comportement est mélancolique. Elle redit ses fantasmes concernant la mort de son oncle, parle de ses tremblements et ses vertiges dans les escaliers. J'insiste à nouveau sur le fait que pendant ces séances elle peut tout dire ce qui lui vient à l'esprit, et que les pensées et les rêves n'ont aucune conséquence sur la réalité. J'essaye d'interpréter ses symptômes en les reliant à la colère qu'elle ressent, et que personne ne risque rien à ce qu'elle en parle. Elle passe par une phase d'angoisse et de dépression où les thèmes de mort reviennent souvent. La somatisation atteint son paroxysme. Elle présente des sensations de mort du bras droit et de la jambe gauche, des douleurs pelviennes qui apparaissent par crises paroxystiques, des douleurs à la miction malgré un examen du généraliste. Son ancien psychothérapeute veut l'enfermer malgré l'avis de l'équipe. Elle ne veut plus voir ses parents. Elle veut rester couchée l'après-midi. Elle se sent bien parfois avec son copain, mais a quand même envie de mourir. On augmente son traitement, c'est une période d'aggravation et de dépression pour elle. Et pour moi également, c'est une période très déprimante, car je ne suis pas sûr que cette psychothérapie aboutisse à quelque résultat. D'autre part, je sens une agressivité à son égard de ne pas guérir, malgré mes efforts, qui se traduit par le doute et le découragement. De plus, l'équipe soignante commence

à signifier que cette psychothérapie est néfaste. Heureusement le caractère institué des séances deux fois par semaine, permet de ne pas lâcher prise.

Séance suivante :

Je lui propose alors de "me faire" un modelage. Elle me fait une tasse en pâte à modeler verte. Je lui demande alors à quoi lui fait penser cette tasse. : "Je ne voulais pas vous faire une tasse". "Qu'est-ce que tu aurais voulu faire ?" "Je voulais vous faire un serpent". (la tasse était une production-écran). Je lui propose alors de me faire un serpent, si elle le désire. La scène se passe dans un climat et un état mental étranges. G. est silencieuse, les yeux très fixes, les gestes lents, comme en état hypnotique. Elle prend un morceau de pâte à modeler rouge, puis le change contre un marron, (le symbolisme des couleurs me semble important), et elle entreprend de les réduire en morceaux qu'elle rejette comme des petites crottets. Puis elle modèle un petit serpent, qu'elle dote d'une langue fourchue et de deux yeux fixes, toujours dans cet état un peu hypnotique. Je lui demande de me le donner, je tends la main. Elle refuse : "Pourquoi ?" "J'ai peur qu'il vous pique, qu'il vous donne la mort". C'est alors que je reprends les interprétations faites au cours des dernières séances en lui disant que, de même qu'elle a peur de provoquer ma mort, elle imagine avoir causé la mort de sa grand mère, et avoir risqué de causer la mort de son oncle, et de son père. Je répète que nos pensées ne peuvent agir à distance, ni nos rêves, et qu'elle doit accepter l'idée que sa grand mère est morte d'un cancer, et qu'elle n'en est en rien responsable. Je lui demande à nouveau de me donner le serpent, elle ne peut pas. J'insiste, et c'est en proie à un conflit intérieur violent, qu'elle arrive avec beaucoup de peine, de difficultés et de précautions, à faire cet acte pourtant symbolique, qui consiste à me donner un petit serpent de pâte à modeler. À la fin de la séance, elle est détendue, mais m'observe et me dit : "Bon week-end". C'est la première fois, qu'elle dit ça, ce n'est pas fortuit, et là je sais ce qu'elle veut dire : "J'espère que je vous reverrai lundi en bonne santé et bien vivant".

Les séances suivantes ne montrent pas un grand changement, contrairement à ce que j'attendais, et je mets en doute alors que ce qui s'était passé, ait eu quelques effets.

Mais dans les quinze jours qui suivirent, son comportement changea progressivement, elle fut moins déprimée, et le fantasme de la grand mère se fit de plus en plus rare. Elle resta un peu anorexique, mais cèda à l'injonction de manger. Le matériel rapporté dans les séances suivantes témoigne cependant d'un changement.

Séance suivante :

Au moment où sa grand mère lui annonce qu'elle va mourir d'un cancer, elle n'a pas eu de chagrin, et au moment de sa mort, alors que tout le monde pleurait, "Moi, je ne me rendais pas compte, je ricanais", et l'entourage le lui reproche. Mais ensuite, elle est restée deux mois prostrée, sans vouloir manger, sans rien faire, au point qu'il fallut lui donner des doses importantes de Nozinan. Elle reste encore très coupable de ne pas avoir ressenti de chagrin sur le moment, et d'avoir ri, et elle fait ce lapsus : "Le soir, j'attrape le cancer, non le cafard". Elle raconte une histoire lors de la même séance : "Une femme trompée par son mari se tue, alors que la fille se tue aussi". Mais la fille et la mère disparaissent ensemble dans la mort, rejetant l'homme, scellant ainsi un pacte fusionnel, dans la mort encore.

La phase qui suit la séance du serpent me semble logique à l'heure actuelle, mais à cette époque, j'imaginai qu'ayant quelque peu atténué son fantasme de toute puissance mortifère magique, j'observerais un certain soulagement de sa souffrance. Or, au contraire, G. fut plus agressive que jamais. Cependant, ce ne fut pas toujours le cas. On admit dans le service une grand mère de 80 ans, grabataire, qui demandait beaucoup de soins. G. s'en occupa remarquablement bien, veillant sur elle, lui parlant, la faisant boire avec beaucoup de patience, lui disant : "Bois, grand mère". Elle expérimentait ainsi des attitudes de réparation très structurantes pour elle. Mais cette période fut de courte durée, il advint qu'elle se montra de plus en plus agressive.

Séance suivante :

Au début de la séance, elle est bloquée, dit-elle. Je lui demande si elle est en colère contre quelqu'un. Elle relate une scène de sa vie, où elle était soignée par des religieuses. La supérieure lui faisait boire le lait de force, et G. se forçait à "dégobiller" le lait. "Je voulais que ça sorte, ça remontait et si ça sortait dans mon lit...". La tentation de souiller son lit de ses vomissements, signe bien le stade oral du processus, et signifie aussi que la revendication qui était à l'origine de cette agressivité était une "fringale" d'une relation chaleureuse, laquelle ne pouvait pas être véhiculée par un lait donné de force, donc un désir d'in trojecter, au sens utilisé par Maria TOROK.

Je traduis : c'était une manière de dire; ton lait est mauvais. Cette idée lui fait associer avec le conflit qui l'oppose à la cheftaine, qui est cette fois un conflit d'autorité, et qu'elle traduit par : "ton pécule, mets-le toi au cul, sale panthère".

Parallèlement, elle exprime de nouveau des menaces : "J'aurai voulu me faire mal, elle ne m'aurait pas embêtée une seconde fois" (il s'agit d'une scène passée qu'elle réactualise, et même qu'elle attise pour ses besoins actuels). "J'embrasse moins les infirmières, j'ai horreur qu'on m'embrasse".

Séance suivante :

Les fantasmes de violence deviennent de plus en plus présents. De plus, son comportement dans le service est très agressif. Elle ne mange pas, ne dort pas, a des nausées. Elle se souvient d'une altercation au cours de laquelle, une fille l'avait frappée sur les yeux. Et, en ce moment, elle a mal aux yeux, elle se les frotte pendant les séances. Elle évoque les désirs sadiques envers les infirmières qu'elle aimerait bien mettre à exécution. J'insiste sur la nécessité de dire les choses pendant la séance, et d'éviter de faire ces choses en dehors.

Séance suivante :

Elle évoque des scènes qui ont eu lieu à diverses reprises, au cours desquelles elle a été persécutée par une soeur, une infirmière, ou enseignante. Et spécialement, elle aurait été punie de manière particulièrement sévère pour avoir gardé sur elle, le mouchoir qu'un garçon lui aurait donné. Je lui demande si elle ressent ces mêmes choses ici. Elle accuse l'équipe infirmière, alors que celle-ci est spécialement tolérante et chaleureuse, et lui tolère, par exemple, de ne pas venir manger en même temps que tout le monde, et d'autres entorses au règlement.

Séance suivante :

En ce moment, elle vient m'attendre le matin à mon arrivée à l'hôpital. Elle s'est fâchée avec son amie, de qui elle se détache de plus en plus, ayant abandonné les petits jeux et ricanements puérils, qui étaient leur conduite anti-dépressive favorite. Elle ne va plus aux cours de français, qu'elle avait de nouveau investis. Elle a battu une malade, et une infirmière. Les infirmières n'osent pas la "corriger", mais leur agressivité augmente considérablement. Je vois G. qui est très agressive, demande qu'on l'enferme dans sa chambre, refuse de manger, et me prévient : "Ce n'est pas la peine de me donner des médicaments, je me drogue à l'Urbanyl".

Elle évoque des fantasmes de méchanceté à l'égard de son frère et de sa chienne. Je lui dis que je la sens très malheureuse et très angoissée. Mais je n'ai pas d'interprétation à lui proposer, et dans ce climat de détresse, elle refuse le fonctionnement habituel des séances.

Nous faisons une réunion pour parler de G. Pendant ce temps, une nouvelle crise éclate. G. frappe une malade et hurle des insultes. Je sors du bureau pour essayer de la calmer, elle exige de me voir immédiatement dans le bureau. Je lui réponds que c'est impossible, nous sommes en réunion, elle crie de plus belle, en tapant des coups de sabots contre le radiateur, et en donnant des coups de tête contre les murs. Je consulte l'équipe. Nous sommes désespérés, cette phase de violence dure depuis plus d'une semaine avec de nombreux passages à l'acte, quant à augmenter son traitement, nous ne pensons pas que ce soit une solution, surtout si, comme elle le dit, elle prend de l'Urbanyl, dont nous ne connaissons pas l'origine.

Je demande si une correction ne serait pas nécessaire, comme pour une petite fille qui fait des caprices. L'équipe soignante est d'accord avec cette idée, qu'elle ne se serait pas fait faute d'exécuter si ce n'était pas interdit. G. hurle toujours dans le couloir. Je sors du bureau, et lui ordonne de cesser son vacarme. Elle hurle de plus belle des insultes, et à ce moment, je partage avec elle un moment de colère intense, et je lui donne trois gifles, pas trop symboliques, en lui disant que puisqu'elle se conduit comme une petite fille capricieuse, on la traitera comme une petite fille pénible. La suite fut pénible. Je l'ai regretté immédiatement. Je crois que G. a atteint à ce moment, l'acmé de sa colère et de sa haine. Elle prend son sabot et le brandit pour me frapper.

"Jamais personne ne m'a battu, ni mon père, ni ma mère, vous me le paierez, je vous tuerai". Elle crie qu'elle veut changer de service, qu'elle écrira à ses parents. Puis elle sort dans le jardin de l'hôpital, en sanglotant très bruyamment. L'équipe est très saugée que je sois intervenu, et se sent protégée. Par contre, je me sens mal à l'aise, de ce que j'ai fait, même si je l'ai fait volontairement. Pour m'accabler davantage, son ancien psychothérapeute fait irruption à l'internat, furieux contre moi. "...battre les malades... tu as vu dans quel état elle est... si tu n'es pas capable de comprendre l'angoisse des malades... je refuse de discuter avec toi".

Il sort, j'ai servi de contenant à sa propre angoisse, il s'est soulagé ainsi. Une autre interne, qui avait suivi G. les années précédentes, me prend à part pour me faire la morale, sur la nécessité de prendre conscience de mes tendances sadiques, et sur le fait qu'il est absolument inadmissible de passer à l'acte. Par contre, dans ces moments difficiles, le médecin chef a toujours su garder son calme et jouer un rôle de contenant efficace et réparateur, en dédramatisant la situation et la considérant avec objectivité.

Objectivement, je passais un mauvais week-end, mais la suite des événements m'apporta quelques soulagements.

G. vint m'attendre à mon arrivée à l'hôpital, me présenta ses excuses, en me disant que j'avais eu raison d'agir comme ceci, qu'elle s'était conduite comme une gamine. Elle était manifestement plus calme, reprenait ses repas, et avait cessé son comportement agressif. Elle était moins dépressive et son angoisse avait disparu et était seulement anxieuse de mes réactions. Elle ne battit plus jamais une malade, ni une infirmière. Par ailleurs, les entretiens qui suivirent, montrent un transfert très positif, qui s'installe à partir de ce moment-là.

Séance suivante :

G. est assez calme, elle a investi de nouveau les cours de français avec la religieuse, et elle travaille sur ses livres dans le service, elle tricote aussi. Elle fait un chat en pâte à modeler, un chat dont la tête tombe. L'idée qui me vient à ce moment, non dite "danger que la tête se sépare du corps, et que le corps n'en fasse qu'à sa tête". Mais elle associe le chat avec l'enfant, et le désir de n'avoir pas de mari. Ce qu'elle désire en fait, c'est une relation chaude, vivante, affectueuse et fusionnelle. De fait elle m'apprend qu'elle a écrit depuis deux jours à son copain.

Séance suivante :

G. s'est installée à genoux, appuyée sur une table basse, un peu anxieuse et muette. Je lui propose la pâte à modeler, elle fait un nourrisson. Elle associe l'idée que si elle ne fait pas le métier de dactylo, elle envisagerait de faire alors puéricultrice. Le nourrisson est associé à son avenir. Elle ajoute qu'elle aime bien les négros. Je suggère que le nourrisson la représente elle-même, ainsi que son désir qu'on ne l'abandonne

.../....

pas, parce qu'elle grandit et qu'elle va mieux.

Elle explique alors que son psychothérapeute ne l'a pas vue. J'imagine alors qu'elle doit redouter d'être délaissée si elle guérit. Elle parle d'une scène, où elle est sur les genoux de son père, alors qu'elle est à genoux, à mes pieds, comme une petite fille, ce qui est une attitude inhabituelle. Je suggère qu'elle se demande peut être, si elle a le droit d'avoir de la tendresse envers moi.

Séance suivante :

Elle est anxieuse, c'est l'approche des vacances. Elle reste muette. Je lui propose le modelage, elle fait une borne Kilométrique. Elle y associe l'histoire suivante :

- Elle est partie de chez sa mère nourricière, pour entreprendre à pied le voyage de dix kilomètres, pour aller chez son frère. A mi-chemin, elle fait du stop. Un jeune homme la prend dans sa voiture, et elle tombe "dans les pommes". Après s'être remise à elle, ils finissent pas s'embrasser. Elle fait alors une crise, et tombe devant moi avec des tremblements et des spasmes des muscles faciaux. J'attends qu'elle se relève, sans intervenir. Que s'est-il passé ? Elle signale l'angoisse qu'elle a de voir ses parents ensemble. Je fais remarquer que sa mère est malade auprès du père. A la fin de la séance, elle pleure. Je lui dis, qu'étant son médecin, je ne peux pas être son amant, mais que c'est bien possible de dire ces choses-là ici.

Séance suivante :

Elle parle beaucoup. Son père a connu sa mère au lit, c'est-à-dire à l'hôpital. "C'était pas marrant". Cette scène a rapport avec une chambre noire, mais cette chambre noire est aussi celle où l'on entreposait les grands mères mortes. Elle parle d'une tombe où il y avait une grand mère, son mari et son fils. Il y a une grande confusion entre l'amour et la mort. Elle raconte une scène de colère contre la grand mère, quand celle-ci avait décidé de la faire coucher seule, tandis que son frère pouvait dormir avec elle, par mesure punitive. Elle révèle alors la relation amoureuse et jalouse, qu'il y avait entre elle et sa grand mère. Celle-ci l'a lavée jusqu'à 9 ans. "Elle aurait voulu que je reste une petite fille." Sur la fin de sa vie, elle lui dit : "Tu es habillée comme un gars, je veux te voir avec une robe". Et le jour où elle se présente habillée en femme, très coquette, sa grand mère manifeste, quelque chose que G. a ressenti comme de la jalousie : "Tu t'es faite

belle. Pour qui ? Tu as un gars, ma parole". Elle exprimait le désir de la voir à 20 ans, mais en même temps, disait : "Je ne serai pas à ton mariage". G. ne sait pas ce que signifie cette affirmation. Veut-elle dire "je serais morte pour ton mariage", ou "je ne veux pas te voir mariée à un homme". Ce sont des questions qu'elle se pose pour la première fois. Elle devient capable de formuler, ce qu'elle avait perçu inconsciemment, et qui avait tant d'influence sur elle, à savoir la jalousie et l'attachement exclusif de sa grand mère: "Elle n'aurait pas voulu me voir grandir, pour me garder avec elle, comme sa petite fille". Elle parle alors d'un homme un peu mystérieux, qui venait voir sa grand mère. Un garde-champêtre ? Tout ceci est flou.

Séance suivante :

G. fait un médaillon en pâte à modeler. Ce médaillon est celui de la grand mère. Cette séance inaugure toute une série de fantasmes concernant les attributs de la lignée féminine, que G. s'approprie par l'intermédiaire des bijoux.

Séance suivante :

G. évoque des peurs nocturnes. Il y aurait des gars dans le dortoir, puis rapporte un rêve ou un fantasme. Ce n'est pas cohérent, mais il en ressort trois éléments.

Une fausse alerte au viol, et à l'incendie. Des gars la regardaient d'un toit. Elle criait au secours, on me viole. Elle n'a pas envie de griller. Elle casse la vitre avec un marteau, et défonce la porte. Sa meilleure amie fait une tentative de suicide. Elle a fait en modelage une clé, noire dans un cadre rouge. Elle relate les manoeuvres d'un garçon à son égard, et les fantasmes de lui donner six paires de claques. Ainsique la scène qui s'est réellement passée d'une bagarre qui s'était soldée par des claques, avec un garçon, un jour de fête foraine, alors que celui-ci lui faisait la cour, (ceci se passait avant la psychothérapie). Tout ceci évoque l'émergence du désir sexuel, et les claques sont peut être la réminiscence de celles que je lui ai données. Je suggère que les claques sont peut être un moyen de rapprochement physique. Elle relate les rapports avec son père, sous forme de bagarres,

Séance suivante :

G. se présente très bien habillée, très coquette, bien maquillée, les ongles peints (peut être avec l'aide des infirmières).

Elle parle de son petit neveu, et du rôle maternel qu'elle tenait. Ce qu'elle raconte est très fusionnel, elle parle aussi d'une amie qui a de la chance d'avoir un magasin. Ce qui est mis en scène est encore, à mon sens, l'appartenance à une lignée féminine qui possède des bons objets à échanger. Depuis que je ne suis plus interne dans le service, je lui demande de me payer cinq francs, la séance. Elle semble avoir investi de manière très positive ce paiement.

Séance suivante :

Elle se présente dépressive, et elle souffre. Elle a voulu battre une malade mais s'est fait mal elle-même.

Je demande : "Est-ce moi que tu voudrais battre ? " - "Non, vous, je vous aime beaucoup. J'ai connu des tas d'internes, mais vous, vous m'avez plu". - "C'est peut être pour ça que c'est très douloureux, de ne me voir qu'une demi-heure par semaine". - "Je vous aime toujours".

Elle prend la liberté de ne pas me payer cette semaine, car elle n'a pas assez d'argent.

Séance suivante :

G. sort avec un garçon. Il veut faire l'amour. Mais, elle a peur, elle y resterait en petits morceaux. Elle a peur d'être battue, et sort un carnet de la DASS, qui a un pouvoir protecteur. Elle demande, elle-même de la pâte à modeler. Elle fait plusieurs bijoux, une chevalière avec initiale, un bracelet transmis de mère à fille, deux anneaux, une bague de fiancailles, et le fume-cigarette du grand père paternel qu'elle a volé à son frère. Ceci est associé avec une liseuse de maternité, et des draps bleus. Il s'agit peut être de filiation, mais s'agit-il de filiation sexuelle ou narcissique ? Elle affirme son désir de rester célibataire, et a rompu avec son gars. Cependant, elle voudrait la bague de fiancailles de sa mère. Or, sa mère prétend que ses enfants resteront célibataires. Elle se plaint de ses mains, qui gonflent et qui dégonflent depuis quatre jours : "Ces mains : c'est comme la mort. Un frère (à qui ?) est mort de ça", "Il y a deux alliances, une grosse pour taper les gars qui essayent".. Elle les insulte, leur dit : "Et merde, vieux con". Elle ne veut pas trente-six gars. Elle aime bien les flics, et voudrait entrer dans l'armée. Elle a eu un copain flic, mais sa femme est jalouse. A la fin de la séance, elle me paie en petite monnaie. Une commerçante lui avait dit dans de semblables circonstances : "C'est la

quête", elle conclut : "C'est la charognerie, la petite monnaie". On notera que les entretiens s'enrichissent considérablement en fantasmes et associations d'idées.

Au cours des séances suivantes, elle parle beaucoup de problèmes très réels, auxquels elle pense en ce moment : trouver un foyer, un travail, sortir du servie, vaincre l'opposition de ses parents. Je l'encourage dans ses désirs. Le terme des séances de psychothérapie approche, elle envisage de se faire aider par un autre psychothérapeute. Elle est très préoccupée par des séances chez le dentiste, qu'elle appréhende.

Séances suivantes :

Ce sont les dernières séances régulières. Elle vient de vivre depuis plusieurs mois de fantasmes de "cogner les garçons". J'imagine que cela m'est destiné. Elle se présente les mains raides, comme paralysées, qu'elle porte, comme si c'était deux morceaux de bois. Il s'agit à l'évidence d'un phénomène de conversion. Je décide d'utiliser une autre technique. Je lui demande de frapper sur un coussin, en le mordant et en criant, si possible. Elle accepte de le faire mais n'a pas de courage, elle donne l'impression d'être envahie d'un grand désespoir, et d'une grande souffrance. La séance se termine sans qu'elle ait pu véritablement se laisser aller, à exprimer physiquement toute sa détresse, et me donne l'impression de rester "bloquée" (malgré l'aspect peu scientifique du terme), et de garder en elle toute cette souffrance.

Séance suivante :

Elle se présente dans le même état, mais elle arrive à pleurer un peu. Je demande à nouveau de frapper, et de mordre dans le coussin. Elle le fait volontiers, ce qui m'étonne, mais avec désespoir, et elle abandonne souvent. Mais je l'encourage et chaque fois, elle se laisse aller à pleurer, un peu plus, jusqu'à pleurer avec des larmes abondantes. A ce moment, à ma demande, elle est capable de me communiquer un souvenir qui émerge. Il s'agit d'une scène, au cours de laquelle elle haïssait son frère violemment et s'était retenue, d'une envie furieuse de le frapper. A la fin de la séance, elle est beaucoup plus calme.

Dernière séance avant les vacances :

Elle me parle de son ami avec qui elle a repris contact. Elle est soucieuse, car elle aurait besoin de lui téléphoner. Plutôt que de lui inter-

prêter sa peur que je rentre en conflit avec cette liaison, je sors du bureau et lui laisse le téléphone, en lui disant que si elle veut être seule pour parler à son ami, je trouve cela naturel. Je suppose que mon comportement aura plus d'effet que mes paroles. C'est aussi la dernière séance où je viens régulièrement. Nous convenons, qu'elle m'écrive pour que l'on trouve une solution, au cas où elle voudrait d'autres séances. Il n'y en a pas eu d'autres.

Depuis, j'ai reçu souvent de ses nouvelles. Elle est sortie de l'hôpital psychiatrique, et vit à l'extérieur. Elle a maintenant un ami, une petite fille de lui, ils vivent dans leur appartement. Elle avait un travail avant sa grossesse, et entretient de bons rapports avec sa belle-famille. La grossesse s'est bien passée, malgré une phase d'anxiété. Au début surtout, elle se sentait peut être coupable et inquiète d'être acceptée, mais l'équipe soignante l'a bien aidée.

Ayant été temporairement le dépositaire de son désir, j'ai pu l'aider à faire le deuil qui le retenait captif, et lui permettre de l'acheminer vers des amours plus viables.

La première phase de cette psychothérapie concerne un problème de deuil pathologique, mais dans ce cas précis, le problème est assez compliqué parce qu'il y a intrications de plusieurs éléments pathogènes. Cette observation évoque particulièrement les travaux de Maria TOROK, dans "Maladie du deuil ou fantasmes du cadavre exquis". Où elle décrit des patients qui ont connu une phase maniaque, de rire, ou d'orgasme au moment du décès d'un de leurs proches. Or, nous avons observé que c'était justement le cas de G., qui d'ailleurs ne se souvenait plus de cet épisode non plus que les souvenirs de sa grand mère.

Voici un résumé commenté du travail de Maria TOROK, avec notamment des précisions sur l'introjection et l'incorporation.

Ce n'est pas la perte objectale qui provoque les troubles, mais le sentiment d'un péché irréparable d'avoir été envahi par le désir. C'est la survenue d'une invasion libidinale lors d'un décès et (selon ABRAHAM) l'introjection conflictuelle et les réactions d'auto-agression, qui en découlent. Mais, reprenant les travaux de FERENCZI, Maria TOROK précise la différence entre introjection et incorporation :

- Identification : récupérer les investissements placés dans un objet désormais perdu,
 - le moi devient ce qu'il ne peut avoir,
 - le moi se donne pour idéal de devenir l'objet perdu.
- Introjection :
 - élargissement du moi,
 - extension des intérêts auto-érotiques,
 - élargissement du moi par la levée des refoulements,
 - inclusion de l'objet dans le moi et par là, objectalisation de l'auto-érotisme primitif,
 - inclusion de l'inconscient dans le moi à propos du commerce objectal,

" L'introjection appartient à la croissance, introduit dans le moi, la libido inconsciente et refoulée. Elle est le médiateur vers l'inconscient."

" Elle transforme les incitations pulsionnelles en désirs et en fantasmes, et par là, les rend aptes à recevoir un nom, et droit de cité,

et à se déployer dans le jeu objectal.

- nomination des pulsions,
 - phénomène progressif,
 - met fin à la dépendance objectale.
- Incorporation :
- a lieu au moment de la perte d'un objet, avant même que les désirs le concernant aient été libérés,
 - la perte agit comme interdit,
 - en compensation du plaisir perdu et de l'introjection manquée, l'objet prohibé est installé à l'intérieur de soi sous forme d'images. C'est une réalisation hallucinatoire sur un mode magique et occulté, qui refuse le verdict de la réalité et de l'objet.
 - créé ou renforce un lien imaginal,
 - entraîne le refoulement du désir,
 - l'objet incorporé marque l'instant où tel désir a été banni de l'introjection,
 - due au moi archaïque constitué par l'introjection de la libido orale. C'est un fantasme d'ingestion, c'est ce qui a lieu dans la phase maniaque, et qui est un leurre. Il s'agit d'une communion incorporative. Le moi annonce bruyamment qu'il mange (à son insouciant). Reconnaître dans le fantasme d'incorporation, une manière de langage disant le désir d'introjecter, c'est accomplir un grand pas dans la cure analytique.

Tentative de reconstruction du moment métapsychologique de la perte :

"C'est une tentative d'introjection in extremis, comme une brusque réalisation amoureuse avec l'objet. Le moi a regressé à un niveau ancien : celui de la satisfaction hallucinatoire. C'est un dilemme sans issue : le renoncement mortel ou le triomphe fallacieux, et l'accomplissement hallucinatoire exulte dans l'orgasme."

" Si un malade du deuil garde un souvenir de cet orgasme, dont il s'accuse secondairement, le lien entre celui-ci et son désir pour l'objet mourrant ou mort, est toujours sévèrement censuré."

"Dans le deuil, si l'introjection reste inachevée, la part non assimilée des pulsions investit une imago, qui est une chose différente de l'objet interne. Il y a nécessité d'un travail progressif de déconstruction préalable de l'imago. La douleur du deuil est la commémoration du moment inoubliable où la mort de l'objet permit sa conquête magique dans l'exaltation de l'orgasme. Le patient cherche sans cesse à retrouver ce moment pour retrouver le désir commun."

Dans le paragraphe : "douleur du deuil et fantasme du cadavre exquis", Maria TOROK, confronte son hypothèse à celle de Mélanie KLEIN, sur l'acuité particulière de la douleur dans le deuil.

Le cadavre exquis est l'imago qui retient captif, par le défoulement, le désir coupable que le patient a réalisé sur le mode magique hallucinatoire de l'incorporation. Elle souligne l'importance de la différence entre imago et objet interne. J'ai recherché quelques précisions : Imago: (LAPLANCHE et PONTALIS) désigne une survivance imaginaire d'un parent par exemple. Il s'agit d'une représentation inconsciente, un schème imaginaire acquis, un cliché statique à travers quoi le sujet vise autrui, et pour Maria TOROK, c'est ce qui a résisté à l'introjection et ce dont le moi s'est approprié par la fantasme d'incorporation.

L'objet interne, pour Maria TOROK, est le pôle fantasmatique du processus d'introjection. Pour expliquer cette notion, on se réfère à l'exemple suivant (WINNICOT). Le nourrisson qui a faim, ne sait pas ce dont il a besoin, le sein maternel en le rassassiant, non seulement le nourrit, mais lui révèle l'objet de son besoin, et inaugure les représentations mentales qui vont lier l'image du sein à la sensation de faim. Le sein deviendra l'objet interne, il nomme la pulsion, il permet d'introjecter dans le moi, la libido orale.

Selon Maria TOROK, dans l'hypothèse kleinienne, chaque perte objectale, comporte sur l'objet un triomphe sadique de type maniaque. C'est le refus ou la négation du triomphe qui bloque le travail du deuil. Cette preuve d'ambivalence est intolérable pour le moi. Toute perte ranime la problématique de la position dépressive, c'est-à-dire la crainte d'être la cause de la perte de l'objet bon et indispensable.

Pour Maria TOROK, il existe un autre aspect, l'échec de l'introjection au moment du deuil, fonctionne comme interdictrice du désir. Remords et ruminations s'alimentent à la source libidinale d'un désir sexuel interdit, et si les tourments ne relâchent pas, c'est qu'en eux revit le désir à l'égard de l'objet, et qu'en eux il se satisfait. Il s'agit alors d'une douleur exquise, qui désigne précisément le lieu où le désir est refoulé. C'est un autotourment proche de la dépression érotique décrite par M. AUDRAS (dans RFP L'autoérotisme - 5.7.78 "Autoérotisme et fascination").

Enfin d'après Maria TOROK, ce processus rentre dans le cadre général des névroses dont il est un mécanisme, et dans ce que WINNICOT a appelé les névroses de transition. La fixation à une image dans ce cas, n'est pas causée par la perte de l'objet, mais par son absence, sa carence ou sa séduction, ou bien un interdit surmoïque, qui bloque l'introjection.

Toute transition, toute croissance, comportent le deuil des investissements antérieurs. Ceci s'accompagne fréquemment de rêves ayant pour thème les dents, qui selon Maria TOROK, illustrent les changements d'investissements libidinaux, et les introjections nouvelles.

Si nous examinons le cas de G., à la lumière de ces travaux, il semble que les deux hypothèses se vérifient. La séance du "serpent de pâte à modeler", libère G. de son attachement à l'image de la grand mère morte.

Mais, est-ce la non résolution de l'ambivalence pulsionnelle, ou bien le refoulement du triomphe sadique (le ricanement), qui verrouille le travail du deuil. Dans ce cas, il semble que ce soit la crainte d'être la cause de la perte de l'objet aimé, qui constituait l'handicap le plus important.

C'est l'inachevé de l'amour sous sa forme réparatrice, qui bloque G. dans une relation à une "morte". Parce qu'elle n'a pas résolu le problème des sentiments qui l'ont envahie à ce moment, elle s'en libère en abordant la position dépressive et peut enfin réaliser la réparation préalable à toute introjection.

Si j'ai dû intervenir violemment envers G., la raison est due au fait, que je n'ai pas été capable de réduire son angoisse par une méthode interprétative. Je peux y voir plusieurs explications, la première peut être évidemment mon manque de compétence pour faire face à certaines situations, la seconde est que dans ce cas, G. ne pouvait plus utiliser

les séances de thérapie comme à l'accoutumée, me privant ainsi d'un instrument de travail, refusant la symbolisation.

La troisième explication montre tout l'intérêt de la thèse de Maria TOROK. En abandonnant son "cher cadavre", G. se retrouvait seule aux prises avec des angoisses dépressives bien plus violentes. Cet épisode révèle combien celui-ci jouait un rôle antidépressif, et contenait les pulsions agressives et libidinales qui se trouvèrent mises en jeu. Il est paradoxal de dire que cet attachement mortifère à la grand mère morte, qui était si dépressogène, protégeait G. contre la dépression. En fait, il ne s'agissait pas de la même qualité de dépression. Dans un état antérieur, il s'agissait d'une dépression chaude, un autotourment (voir M. AUDRAS), une dépression autoérotique, qui réalisait symboliquement, tel un objet transitionnel, l'union de G. et de sa grand mère, unies dans la mort.

C'était une solution libidinale peu satisfaisante, mais elle n'abandonnait pas G. en proie au vide intérieur. L'imgo de la grand mère retenait, mais aussi contenait sa haine et son désir, les sources d'angoisse dépressives, ainsi que des affres de la problématique oedipienne ainsi évitée. Il n'est donc pas étonnant que l'agressivité et l'angoisse dépressive de G. aient pris de telles proportions, lorsqu'elle devint capable de faire le deuil de la grand mère, et d'abandonner son "cher cadavre".

Enfin, je crois qu'elle n'en voulait aussi de le lui avoir ôté.

Un autre aspect de cette psychothérapie, peut être éclairé par un article de WINNICOT, intitulé : "La haine dans le contre-transfert" :

"J'ajoute qu'à certains stades de certaines analyses, la haine de l'analyste, est effectivement recherchée par le malade, et ce qui est nécessaire alors, c'est la haine qui est objective. Si le malade cherche de la haine objective ou justifiée, il faut qu'il puisse l'atteindre, sinon il n'aura pas le sentiment que l'amour objectif peut être à sa portée.

"Un enfant cherche à mettre à l'épreuve l'environnement qu'il a trouvé, et cherche à s'assurer que ses tubers sont capables de le haïr objectivement. Il semble qu'il puisse croire qu'il est aimé seulement après avoir réussi à être haï.

"C'est peut être au paroxysme de l'excitation ou de la colère
"que l'intégration se produit pour la première fois.

"La sentimentalité est inutile pour les parents, car elle nie
"la haine.

"Je doute qu'un petit d'homme en se développant, soit capable de
"tolérer toute l'étendue de sa propre haine, dans un environ-
"nement sentimental : il lui faut haine pour haine. Si c'est
"exact, on ne peut s'attendre à ce qu'un psychotique en analyse
"tolère sa haine de l'analyste, à moins que l'analyste soit
"capable de le hair".

C'est donc à l'acmé de la haine que se fonde l'individualisation
et ceci n'est pas possible si le patient a peur de sa haine (ainsi que
le thérapeute).

C'est après s'être sortie saine et sauve d'une rencontre au
sommet de la haine, que la patiente a pu croire vraiment aux promesses
de croissance et de vie, de la relation thérapeutique.

C'est peut être ce qui a eu lieu avec G., lorsqu'elle a
expérimenté le summum de la haine à mon égard. Cette initiative fut
difficile à prendre, et nécessitait d'être au clair avec son propre
sadisme. Elle ne pouvait pas être recommencée, mais fut parfaitement
efficace, parce qu'elle avait lieu "dans le transfert", qui était
suffisamment positif.

Un autre point de vue de cette psychothérapie concerne la phase
où G. aborda au cours des séances, des fantasmes à contenu érotique.

Je me trouvais pris entre plusieurs exigences : ne pas l'ignorer,
afin que mon silence n'ait pas les effets d'un interdit, remettre de
l'ordre dans la confusion que j'avais moi-même créée. En effet, puisque
j'avais été capable de sortir de mon rôle pour lui donner une correction,
pourquoi n'aurait-elle pas espéré que je le fasse pour lui donner
satisfaction ?

C'est ainsi que j'ai commis peut-être, une erreur technique en lui
précisant bien : "Etant ton médecin, je ne peux pas être ton amant". Je
cite FREUD : "La technique psychanalytique - chapitre : Observations sur
l'amour de transfert" : "Satisfaire le besoin d'amour de la malade est
aussi désastreux et aventureux que de l'étouffer. L'analyste doit se
garder d'ignorer le trans fert amoureux, de l'effaroucher ou d'en dégouter
la malade".

La phase suivante aborde un problème qui est loind'être épuisé, car il concerne les relations de la psychanalyse avec d'autres techniques de la psychothérapie, telle que la bioénergie.

Je veux par ler de la séance, où je lui demandais de frapper sur un coussin. Bien que je n'adhère pas à l'attirail pseudo-scientifique dont les tenants de la bioénergie se sont crus obligés d'entourer leur pratique, je n'ai pas manqué d'être intéressé par les effets de ces interventions dans certaines circonstances.

Je ne veux pas approfondir ici les problèmes théoriques et techniques que cet exemple soulève, car ils feront l'objet d'un autre chapitre, et d'un travail ultérieur (mémoire).

Ce qui est intéressant à signaler, c'est le fait que cette technique lui ait permis de retrouver un souvenir oublié, d'une importance capitale : c'est-à-dire la haine de son petit frère. Le fait est tellement classique que mon observation pourrait paraître "cousue de fil blanc". Cependant c'est bien là, une réalité fréquente, et pendant plusieurs mois, j'ai interprété son agressivité dans le transfert, et je n'ai pas pensé à l'interpréter par rapport à son petit frère. Ce qui est intéressant dans le cas de G., est que le petit frère semblait avoir joué un rôle de rival et de tiers dans une relation fusionnelle à la grand mère, qui sans lui n'aurait pas été triangulée.

Il n'y a évidemment là rien qui puisse structurer solidement une maturité sexuelle.

En fin, dans la dernière séance avant les vacances, j'évitais de relancer une problématique de rivalité, en maintenant une neutralité, qui n'eut pas manqué de l'inquiéter, car il n'était pas sûr qu'elle puisse continuer avec moi, et j'aurais risqué ainsi de déclencher un travail que je n'aurais pas pu mener à bien. C'est pourquoi, je lui signifiais clairement que je ne rentrais pas en conflit avec son ami, et je la laissais seule dans le bureau pour téléphoner. En agissant ainsi, je calmais ses angoisses du moment, mais je ne lui permettais pas d'être prémunie contre un type de conflit identique.

Au sortir d'une relation fusionnelle se pose à G., le problème de son identité sexuelle. D'où la conquête des attributs sexuels féminins symbolisés par les bijoux, mais également la recrudescence d'agressivité envers l'autre sexe. Le père avec qui elle se battait, le frère seul tiers dans sa relation avec sa grand mère, le psychothérapeute (moi-même), mettent en scène différents aspects de l'image paternelle. Celle-ci est tout d'abord niée, puis sadique et haineuse (Barbe bleue, fantasme de bagarres).

On peut concevoir qu'un point d'impact de la psychothérapie, a été la construction d'une image paternelle antidépressive, désidéalisée et sécurisante.

En conclusion, y a-t-il eu remaniement structural ? Je ne saurais pas répondre à cette question. Mais je pense que G. ne pourra plus jamais redevenir comme avant, qu'elle est relativement à l'abri d'une décompensation psychotique ou d'une dépression grave. Dans l'hypothèse la plus pessimiste, son comportement caractériel aurait des chances de persister et l'on pourrait redouter qu'elle noue avec sa petite fille une relation narcissique, sur un mode de poupée-gigogne;

Saura-t-elle se tourner vers son ami pour y trouver des joies qui ne seraient pas maternelles ?

J'ai eu l'occasion d'avoir une évaluation par un interne qui la connaissait bien, et qui la considère comme sauvée, et selon d'autres soignants, leur avis confirme ce point de vue. Elle a maintenant atteint un certain équilibre.

- PRESENTATION DU CAS M. -

Admise à l'hôpital psychiatrique en 1947, M., 17 ans, est pupille de l'Assistance Publique.

Diagnostic : déséquilibre moral et affectif.

Symptômes et réactions : perversions morales avec instabilité et impulsivité coléreuses, mythomanie, accusations calomnieuses, inadaptabilité sociale.

Antécédents : De Charité en Miséricorde : établissements religieux, où elle ne pourra pas être supportée en raison de son caractère difficile, où elle se plaint des religieuses, qui, dit-elle, sont méchantes, elle échoua à plusieurs reprises en maison de redressement moral, pour enfin être hospitalisée à l'hôpital psychiatrique, avec un placement d'office. A l'entrée, elle déclare qu'elle n'est pas folle, est étiquetée de déséquilibrée psychique, avec troubles caractériels, indiscipline, rébellion, agressivité envers l'entourage, violence envers ses compagnes, refus alimentaire. En 1952, elle subit une lobotomie préfrontale. Après une phase d'acalmie, relativement courte, elle se présente de nouveau, comme une "grosse caractérielle", susceptible, impulsive, volontiers faiseuse d'histoires, cherchant à exciter les autres. Nous sommes en 1958, le Largactil a fait son apparition depuis quelques années déjà. C'est avec beaucoup de difficultés qu'elle prend son traitement. L'observation inscrite sur son dossier est la suivante : colère tapageuse, faiseuse d'histoires, coléreuse, méchante, parfois dangereuse. Ce sont ces termes, qui ponctuent son dossier d'année en année. Le concept de "faiseuse d'histoires" est très employé. Elle est même étiquetée de voleuse.

1960 : elle prend du Nozinan, la symptomatologie prend une couleur différente : sournoise, avidité affective, jalouse, exclusive, perturbation affective et mythomanie. On note même : - toujours aussi perverse, - malade obséquieuse, sentant la perversion.

Par ailleurs, elle travaille bien dans le service aux travaux de couture et de ménage.

1970 : on la trouve un peu endormie, avec un bon contact, elle travaille bien toute la journée, est obséquieuse, gentille, et ne présente pas de troubles dans son comportement.

.../...

1972 : c'est ainsi qu'elle sort de l'hôpital psychiatrique pour un hospice de charité.

1975 : trois ans plus tard, elle est hospitalisée de nouveau, pour tentative de suicide par défenestration. Après un séjour d'un mois, elle retourne à la Charité, où elle se trouve bien. Mais deux mois plus tard, elle est réhospitalisée pour agitation, logorrhée, surtout à propos d'une liaison avec un Marocain qu'elle aurait dû abandonner, parce que c'était mal vu des religieuses. Le médecin la trouve hypomane, un traitement au Lithium est entrepris après bilan. C'est à cette époque, que je la rencontre, sa symptomatologie ressemble à un état mixte. Son traitement est le suivant : Sémap, Anafranil (5x25), Haldol, et Lithium.

Présentation de M. :

Petite femme rondelette, extrêmement active, elle ne laisse personne indifférent tant elle est envahissante. Selon les phases mixtes, déprimée ou excitée, elle inonde en permanence son entourage de ses affects. Toute faute d'inattention, la blesse cruellement, elle se sent très vite mal-aimée, et le vécu persécutoire est à fleur-de-peau. C'est une écorchée vive, avide d'affection, qui épuise très rapidement son entourage. Cependant, quand on ne la supporte pas huit heures par jour, elle est attachante par sa vitalité et par ce qu'il y a d'authentique et de direct, dans sa demande de compréhension et d'affection. Elle travaille bien rapidement, et avec efficacité aux travaux de ménage, elle est très coquette et très propre. Elle a autant de qualités pour exprimer sa gaieté ou sa satisfaction quand elle est contente, que sa haine et ses griefs, quand elle est furieuse. En général, ses demandes et son discours ne sont pas fous. Mais ses désirs se heurtent nécessairement au régime asilaire, et ceci malgré, la bonne volonté de tout le monde. C'est alors, qu'elle se sent terriblement persécutée par les infirmières, **vécues comme** d'horribles personnages féminins, castrateurs et sadiques. On assiste à d'innombrables scènes, dans lesquelles elle dramatise tel ou tel événement où elle a été frustrée. C'est sa dépendance extrême, due à sa personnalité mais aussi à la structure asilaire, qui engendre ces nombreux conflits. Elle est capable d'occuper d'un bout à l'autre toute la durée d'une réunion par un flot de paroles.

Pendant cette première période, où elle présentait soit abattue, soit excitée, on pouvait difficilement dire s'il s'agissait d'une maniaco-dépressive, ou bien d'épisodes de paranoïa sensitive, alternés avec des épisodes de paranoïa sténique et quérulente. Elle passait d'une symptomatologie à l'autre selon que l'objet était merveilleux, mort ou absent ou bien présent et exécrationnel.

Un mois plus tard, elle présente un tableau très proche de la mélancolie délirante : elle avait un ami à qui elle aurait dit de partir, car cette liaison était mal jugée par son entourage. Maintenant, elle redoute qu'il se soit suicidé à cause d'elle, et se sent coupable et responsable. Or ce suicide est fictif, il n'a pas eu lieu véritablement. Elle réclame des électrochocs. Manifestement, son traitement n'est pas au point, nous lui supprimons son Lithium, et nous remettons du Nozinan.

Pendant cette période, je la vois en entretiens psychiatriques, me contentant d'adapter son traitement et de l'écouter. Elle se plaint de douleurs pelviennes; je l'envoie à la consultation de gynécologie; ce qui déclenche une crise d'angoisse, car elle ne supporte pas les examens. Elle a un aspect moins mélancolique, mais reste cependant déprimée, avec des revendications incessantes et des griefs à l'égard des infirmières. Elle est persécutée, mais n'est pas structurée sur un mode paranoïaque délirant, elle n'a pas organisé l'ensemble de ses vécus persécutoires pour leur donner un sens général, elle est à moitié sténique, à moitié déprimée. Même avec la meilleure volonté du monde, je n'arrive pas à la faire entrer dans un cadre nosologique connu. Ce qui semble le critère le plus solide, c'est son mode de fonctionnement relationnel, qui utilise essentiellement l'identification projective. Elle nous envahit littéralement de ses affects.

À première vue, cela évoque un comportement revendicatif, qu'on peut trouver chez un paranoïaque soucieux de préserver ce qui est bon à l'intérieur de lui, et de se servir des autres comme poubelle dans une entreprise uniquement narcissique. En fait, il s'agit d'autre chose. Il s'agit d'un appel à l'aide urgent, d'une tentative désespérée au jour le jour pour trouver une bonne mère, capable de prendre sur elle, toute sa souffrance et d'y remédier. Sa demande est,

.../...

"débarassez-moi de cette souffrance", comme un nourrisson qui crie, et de fait provoque de la souffrance chez sa mère pour que celle-ci réagisse. Ce processus, qui ne laisse pas de confronter les soignants avec leur impuissance, arrive très rapidement à saturer les facultés d'empathie de l'équipe soignante. Elle n'a pas accès à d'autres langages, et c'est sur ce mode que se déroulent les premiers entretiens. Il n'y a aucune progression, elle ne parle plus de son ami, cela dure quelques mois.

A ce stade, comment peut-on envisager le diagnostic de M. ?

Tout au long de son histoire M. est apparue successivement sous plusieurs aspects sans pour autant revêtir une étiquette qui lui sied tout à fait : délinquante, perverse, déséquilibrée psychique (au sens de psychopathe ?), hypomane, mélancolique...

Si nous évaluons selon les critères de la nosologie psychiatrique classique, au moment où je l'ai rencontrée, elle n'était pas délinquante et psychopathe, en ce sens qu'elle n'avait pas un comportement antisocial délibéré et systématique. D'ailleurs elle passait rarement à l'acte. Elle n'était pas perverse au sens où elle n'érotisait pas une quelconque activité sadique ou agressive. Par contre, elle avait des aspects mélancoliques francs, dans une phase de sa vie où elle s'autoaccusait de manière délirante de la mort de son ami, et lorsqu'elle voulu se jeter par la fenêtre, plus tard. Mais, elle n'était pas structuré sur un mode mélancolique habituel comme une véritable maniaco-dépressive. C'était une dépression réactionnelle qui dépendait des circonstances.

Par contre, ce qui était le plus stable, était son sentiment d'être "mal aimée", de son entourage sans pour autant que ce soit un vécu persécuteur organisé, en cela elle se rapprocherait de la paranoïa sensitive .

Elle était hypersensible mais pas timide, parfois très déprimée mais pas psychasthénique.

Elle présente à un certain degré, des "débats de conscience", et si elle est si violente verbalement, c'est pour se débarrasser de la culpabilité.

Elle présentait sûrement une hyperesthésie des contacts sociaux, et il fallait très peu de chose pour déclencher une flambée de vécu persécutoire.

Mais peut-on dire qu'il s'agisse d'un délire de relation ou d'un délire de référence ?

Apparemment non, car il n'y a aucune construction de son vécu persécutoire, il est immédiat au contact de la frustration.

Donc, la nosologie classique nous permet une première approche mais elle ne permet pas de cerner ce qu'il y a de fondamental et d'invariant dans la pathologie de M. Il ne s'agit pas d'une paranoïa au sens où il n'y a pas non plus d'organisation délirante. Il ne s'agit pas non plus d'une schizophrénie car il n'y a pas de dissociation du moi, non plus qu'une schizophrénie dysthymique.

Si nous l'examinons du point de vue psychodynamique, il semble que l'ensemble des systèmes caractériels et défensifs appartiennent à la lignée psychotique : l'ambivalence, l'instabilité thymique, le vécu de persécution, l'épisode de délire mélancolique, mais aussi la dépendance extrême vis-à-vis de son entourage, le refoulement très faible des représentations sexuelles, le clivage des objets montrent un mouvement anaclitique progrédiant.

Du point de vue pathogénique, qu'elle est l'expérience primordiale qui sous-tend sa pathologie psychotique, autrement dit est-ce une psychose de type I. par angoisse de morcellement, ou une psychose de type II par lutte contre une expérience dépressive ?

Dans ce cas, il semble que la souffrance de base soit une dépression successive, mais les antidépresseurs n'ont aucun effet. Par contre, on retrouve bien les éléments décrits par GUYOTAT dans les psychoses de type II : idéalisation du père qui pourtant la battait, sous la forme de l'idéalisation du pénis masculin, et vécu persécutoire de la tendance homosexuelle, qui se traduit par les

récriminations perpétuelles envers les infirmières, et envers ses amies.

Ce qui est remarquable chez cette patiente, est qu'elle n'avait pas opté pour un mode défensif particulier, et n'était pas organisé de manière stéréotypée. Et dans ces cas-là, les modèles psychodynamiques sont les plus intéressants.

A la suite de ces quelques mois d'entretiens sur un mode psychiatrique, je fais une tentative pour établir un échange propice à la symbolisation. Je propose à M. de la voir régulièrement, et lui demande de me faire quelque chose en modelage, ce qu'elle accepte volontiers.

Première séance :

M. fait un cendrier. Elle prend cela comme un jeu, et paraît manifestement contente, elle guette mes réactions. Elle exécute ce modelage comme pour me faire un cadeau. Je lui demande à quoi ce cendrier lui fait penser :

"- C'est un cendrier pour vous,"

"- Et vous, ça vous fait penser à quoi ?"

Elle ne sait plus quoi répondre. Je lui demande, si elle a vraiment fait ce qu'elle avait envie.

"- Est-ce que je peux vraiment ?"

"- Oui."

Elle prend alors la pâte rouge et fait un cochon. Je lui demande :

"- Si vous étiez un cochon, que feriez-vous ?"

"- Il mange, il boit, il fait des petits, il vit ses instincts qu'il a dans la cervelle."

Je lui demande quels instincts, elle ne répond pas.

"- Et si vous étiez son propriétaire ?"

"- Je le soignerais, et je le mangerai."

Silence.

"- Vous seriez triste ?"

"- Oui."

Puis elle parle de sa lobotomie, elle ressent une petite douleur à cet endroit. Ce qui est remarquable, c'est qu'elle ne me parle jamais de sa lobotomie. Il me vient l'idée que ceci était l'objet d'une tendance à l'oubli, voire au refoulement, même si ce refoulement était très faible, et qu'elle avait vécu cette intervention, comme une répression de ses désirs.

.../...

Séance suivante :

Elle me parle d'une amie avec qui elle faisait "la quête". Ceci est très intéressant car on découvre ultérieurement qu'elle va toujours "draguer" avec une amie.

Cette amie a été opérée d'une tumeur au sein, et elle se demande si elle est toujours en vie. Il s'agit là encore de l'ablation d'un organe dont la fonction sexuelle est relationnelle et importante. Je lui propose un modelage. Elle fabrique une maison avec la pate noire, qu'elle coupe au couteau. Les fenêtres sont très près du toit. Elle fait des escaliers, il y fait chaud, dit-elle.

Je demande :

"- A qui est cette maison ?"

"- La vôtre."

"- Si vous étiez cette maison ?"

Apparemment elle élude la question, et réponds comme si je demandais : "Si vous étiez dedans ?"

"- Je ferais le ménage, je m'occuperais de l'intérieur, on serait heureux, on irait danser, on... on aurait des enfants."

"- Et que ferait-on encore ? Est-ce qu'on ferait l'amour ?"

"- Oh non, non enfin oui, mais pas que ça. Je perds la cervelle, c'est la lobotomie, le docteur sert à redonner de la cervelle."

Puis, elle veut faire un rouleau pour la cuisine avec la pate noire, puis l'oublie en cours de route, ne se souvient plus de ce qu'elle était en train de faire, et change d'idée. Elle fait une vieille femme, elle raconte alors que c'est sa vieille grand mère, qui était bonne et qui la défendait contre son père, l'ivrogne, qui la battait.

On ne peut s'empêcher de faire le rapprochement avec ce qui va se passer dans les séances suivantes. Elle va se mettre à modeler des pénis le plus souvent en pate noire, qui seront bien sûr en forme de cylindre. Le rouleau à pâtisserie est aussi un ustensile qui sert à frapper, ce n'est donc pas par hasard, qu'elle oublie le rouleau noir qu'elle est en train de modeler.

.../...

Séance suivante :

Depuis la dernière séance, M. a retrouvé son ami A., marocain en se rendant chez Y. une ancienne malade. Je lui demande de faire un modelage, elle fait une galette. Aquoi lui fait penser cette galette ? : à l'histoire du petit chaperon rouge. Or, elle est habillée toute en rouge. Je le lui fait remarquer et je lui demande à quoi tout ceci lui fait penser. Elle me raconte sa rencontre avec A. son ami marocain, dont les désirs l'inquiètent. Il voulait l'emmener pour faire l'amour. De plus, son amie Y. essaye de la dissuader d'avoir des relations avec A., et redoute que celui-ci vienne chez elle. Quant à moi, elle aimerait me donner un morceau de galette.

A partir de ce moment, la vie de M. marque un tournant. Pour la première fois, elle devient capable d'assumer son désir et d'affronter les obstacles qui vont l'entraver.

C'est ainsi, qu'elle commence à rencontrer des hommes (souvent des nord-africains), et à faire l'amour. Elle renoue des liens avec des amies. Au début, elle se heurte aux résistances de l'équipe soignante à lui accorder des permissions, car bien que j'en sois le signataire, je ne le fais jamais sans entente préalable avec toute l'équipe. Les entretiens suivants diffèrent peu les uns des autres. Il s'agira chaque fois de la mise en scène du même scénario, qui se répètera ainsi pendant plusieurs mois, sans qu'aucune séance ne marque une étape particulière. On y retrouvera les mêmes éléments plus ou moins représentés :

- sa rencontre avec un amant, de qui elle attend le mariage, avec la première phase de rêves, de projets, et de cadeaux,
- puis sa déception, et la dépression qui s'ensuit,
- une nouvelle rencontre ou une réconciliation avec l'euphorie qui se heurte à la réaction de ses amies qui sont jalouses de son intérêt pour les hommes, et aux réactions des malades et de l'équipe soignante qui sont choquées.

Pendant les séances, elle raconte ses aventures sexuelles, elle ferme la porte avec précaution, tout en redoutant que quelqu'un entre. Et fabrique une verge en pate à modeler avec un grand jet de sperme, ou

.../....

bien un corps tout entier avec une disproportion manifeste entre le corps et la verge, ou bien encore, elle représente le lit. Elle raconte avec force détail comment A. l'a emmenée dans le bois, et lui a fait l'amour sept fois. Elle a des fantasmes d'un pénis énorme qu'elle modèle, et qui l'effraye parce qu'il ne pourra jamais la pénétrer, et exprime son anxiété d'avoir un vagin trop petit. Elle parle avec excitation de sa vie sexuelle, ce qui montre combien cela joue pour elle, un rôle anti-dépressif. C'est l'équivalent d'une défense maniaque, pour combler le vide de son monde intérieur. Le Pénis de l'homme est un objet magique, qui la remplit et protège son intérieur des attaques sadiques d'une image maternelle dangereuse. Je lui prescris la pilule, qu'elle prend religieusement tous les soirs, comme un médicament magique qui la protège, mais pas seulement des risques de grossesse.

Séance :

Elle raconte ses disputes avec ses deux amies qui sont jalouses. Les hommes, qui la suivent et l'invitent à boire au café. Elle en exclut un qu'elle aime bien pourtant, mais qui sort avec une autre femme.

Autres séances :

Une aventure qui dure deux semaines. Elle a rencontré un français qui l'a emmenée chez lui. Elle lui fait le ménage, mais apprend par la voisine, qu'il est marié et qu'il a quatre enfants. Elle est très déçue et reste déprimée quelques temps.

Il est évident qu'elle se fait exploiter sexuellement, mais elle n'a pas tendance à vivre les échecs comme un interdit, et elle devient progressivement capable de savoir ce qu'elle veut. Ainsi, elle accepte de sortir momentanément avec son marocain, bien qu'il sorte avec une autre femme, mais parce qu'elle y trouve du plaisir. Chaque fois, elle se comporte comme une bonne fiancée, faisant un petit cadeau sur ses économies: une chemise, des boutons de manchette, faisant le ménage chez son ami. Réciproquement, le moindre cadeau lui procure un grand plaisir : cigarettes, café, bijou de pacotille qu'elle montre à tout le monde. Et de fait, elle cherche le rapprochement avec les autres femmes, et a besoin d'une image maternelle, sécurisante, mais elle se heurte à la jalousie homosexuelle de ses amies, et aux critiques des infirmières et des autres malades du service. La moindre remarque l'accable, et la plonge dans un vécu persécutoire, et pour cette raison, elle désire fuir le service.

.../...

En fait, les séances de psychothérapie, ont pour effet de lui permettre de traiter sa culpabilité que tout son entourage contribue à attiser, ce qui est normal dans la mesure où les soignants sont des névrotiques, et que pour eux, l'interdit oedipien est très actif.

En général, au cours des séances, je ne dis rien, je fais particulièrement attention à être très neutre, et à ne pas l'encourager même par des signes non verbaux. Je l'écoute respectueusement, et elle scrute mes réactions, et s'inquiète souvent de savoir, si elle n'est pas une salope, et dans ces cas je lui demande pourquoi. Quand elle est accablée par le sentiment de honte, et qu'elle déclare qu'elle n'ose pas dire tout ce qu'elle voudrait dire, j'interroge sa résistance. Une autre raison qui contribuait à provoquer le rejet, était qu'elle parlait de ses aventures à tout le monde, ce qui contrastait avec le fait qu'elle se cache dans le bureau pour faire ses modelages.

Ceci montrait bien à quel point cette vie sexuelle était une défense antidépressive, elle accablait aussi les infirmières de ses récits, érotiques, il était inévitable que ce devint rapidement insupportable pour certaines.

Tout ceci fut résolu lorsqu'une infirmière dans un moment de colère, la traita de putain. M. fit une crise effroyable, menaçant de se jeter par la fenêtre. La séance qui suivit fut un véritable déluge de grîfs et de révolte. Je lui demandais pourquoi cela la mettait dans un tel état, et la séance se termina sur la conclusion que ce n'était pas parce que certaines personnes éprouvait de la difficulté à la voir avec des amants que c'était quelque chose de méprisable.

A partir de ce moment-là, on laissa M. tranquille. Mais ceci montrait aussi à quel point être critiquée, ou rejetée, par une personne du même sexe, provoquait en elle une blessure narcissique intense. Le dénouement de cette histoire fut assez inattendu. M. rêvait toujours de rencontrer l'homme qui l'épouserait. Son désir n'était pas d'avoir plusieurs amants. Elle rencontra un petit cultivateur, qui venait rendre visite à sa mère dans le service. Elle abandonna ses autres

.../...

relations, évita de lui parler de son ami marocain, et avec autant d'enthousiasme que les autres fois, entreprit de faire des projets avec lui. Ceci rencontra bien sûr les résistances de l'équipe soignante. Voici un extrait du dossier relatant le rapport du médecin chef :

"Je la vois aujourd'hui alors qu'elle paraît très excitée, très agressive vis à vis de l'équipe, elle désire me voir en particulier, ce que je refuse. Elle verbalise en fait son angoisse devant l'incompréhension de tout le monde, elle se sent bien persécutée mais se calme assez rapidement. Elle me présente son mari, Monsieur B. : très calme-avec lequel j'aurai un entretien. On sent nettement chez elle un désir de quitter l'hôpital, de vivre ailleurs, en particulier auprès de son ami qui habite F. Avance pour garantir son départ, qu'elle pourrait se suicider ici en se jetant par la fenêtre. Je la rassure en lui disant que ces perspectives ne sont finalement pas raisonnables et que l'on est là pour l'aider du mieux que l'on peut. Elle est d'accord pour nous demander du Tranxène, si elle se sent angoissée."

On peut remarquer que le médecin chef n'a pas voulu la voir en particulier, pour ne pas faire double emploi avec la psychothérapie. Autre mot du médecin chef montrant bien les résistances de l'équipe :

Entretien avec Monsieur B. : Très calme, petit cultivateur à F., il s'entend bien avec M., il lui a acheté une bague (qu'elle m'a d'ailleurs montrée), il la trouve un peu excitée par instants mais ne paraît pas outre mesure inquiet : il s'entendent bien.

On peut se demander au fond, d'où vient notre résistance à lui accorder sa liberté qu'elle demande et qu'elle essaye bien souvent de formuler à travers des symptômes qui angoissent au fond l'équipe. Peut-être serait-il bon de tenter un essai : ne pourrait-elle pas partir une journée avec son ami à F. ? Il faudra reprendre cette discussion en équipe."

Pendant cette période, les entretiens n'amenèrent pas de changement. Elle venait chercher dans mes réponses, et mon comportement, la réassurance que ses désirs n'étaient pas coupables. Elle parla de son

.../....

désir d'avoir un enfant mais sans faire quoi que ce soit pour le réaliser. D'ailleurs, elle était en période de préménopause avec des règles irrégulières et espacées.

M. partit vivre avec son ami, ils se marièrent peu après, le couple vit à la campagne.

M. vient de temps en temps pour un séjour à l'hôpital, elle est suivie en secteur.

Ce qui m'a paru le plus caractéristique chez cette patiente, est l'utilisation excessive d'un processus que l'école kleinienne a appelé l'identification projective. ROSENFELD a isolé plusieurs modalités d'identification projective. Dans ce cas précis, il m'a semblé que deux formes d'identification projective étaient en jeu.

Le premier est l'utilisation comme mode de communication des contenus psychiques, angoisses, dépression, haine, très difficiles à supporter et à évacuer dans l'autre. Si le thérapeute est apte à recevoir ces contenus psychiques et à rassurer la patiente par son attitude, ceux-ci perdent leur caractère effrayant. La patiente se sent comprise par le thérapeute et peut à son tour l'introjecter. Il s'agit là d'être contenu ou compris par le thérapeute.

L'autre fonction de l'identification projective en jeu, dans ce cas, est l'expulsion de la culpabilité afin de la nier. Comme la patiente redoute que ses entreprises d'évacuation lui soient renvoyés violemment, elle réagit à la moindre critique, et comme les soignants supportent mal d'être "les mauvais", il s'ensuit un match dont l'enjeu consiste à rejeter la culpabilité dans le camp de l'autre. C'est ce que BION a appelé relation contenant-contenu. Il note (♀♂) une relation qui permet un bon fonctionnement de l'identification projective et qui permet donc l'introjection des pulsions et la croissance. Ce concept prenait toute sa valeur dans le cas de M.

L'identification projective intervient dans une situation de dépendance extrême où il est impossible de trouver une solution par soi-même autre que celle de décharger son angoisse dans l'autre. A charge pour lui de remédier à la situation. Ceci expliquait les relations rapides et urgentes que nouait M., ainsi que la crainte des représailles. L'urgence de ce fonctionnement explique également l'absence de symbolisation, il n'y a pas d'espace libre où des représentations peuvent se former, car les affects sont immédiatement expulsés. C'est ce qui avait lieu avec M., qui éjectait ses émotions

.../...

dans les autres, qui ne les supportaient pas, car se faisant, elle réveillait les conflits latents de son entourage. De plus, elle arrivait très vite à "saturer" les soignants. Les conséquences de ce fonctionnement étaient que M. était très sensible au comportement des soignants, un geste d'énervement, ou une inattention prenaient pour elle les proportions d'un rejet. De même, dans les séances de psychothérapie, elle était très attentive à mon comportement, et sentait mes réactions pour y prévenir le moindre signe de désapprobation ou d'encouragement.

En fait, l'attitude professionnelle et le cadre permettaient très bien de contrôler ma réponse comportementale, il ne s'agissait là ni de modeling, ni de renforcement positif, mais d'une épreuve de réalité. Mais le contrôle de la réponse du groupe était plus difficile. Il a fallu de nombreuses réunions pour apaiser les réactions causées par M., et ceci ne fut d'ailleurs pas toujours possible. D'autant plus, je le reconnais, qu'elle devait être difficile à supporter huit heures par jour.

Ce qui caractérise M. est que, bien qu'elle nous éclaboussait en permanence de ses affects, ce n'était pas des affects "fous", en général c'était des émotions bien compréhensibles mais exagérées. Même lorsqu'elle était persécutée, elle exprimait cela en termes de frustration ou de méchanceté, mais à aucun moment ce n'était des contenus psychiques étranges, inhumains, méconnaissables. Ce qui marquait bien la limite de ce que BION appelle l'identification projective pathologique, que l'on voit chez certains malades schizophrènes, qui émettent des contenus psychiques étranges qui sont des affects dissociés. De ce fait, l'attitude de M. me paraissait comme un processus positif. En fait, l'identification projective a lieu quand le soignant est investi d'espérance, même si la relation est conflictuelle et sous le signe de la persécution, c'est au soignant qu'elle s'adresse, et signe une certaine empathie, et une certaine chaleur et une confiance à un certain degré. Au lieu de cela, un service chronique laisse place à une indifférence, où l'on ne verra jamais un soignant ressentir un conflit par identification au patient, et où le patient ne demande jamais rien au soignant,

.../...

si ce n'est des médicaments ou des choses d'ordre matériel. Dans ces cas, la relation n'est teintée d'aucune persécution, d'aucune revendication. C'est l'univers de l'indifférence et de la dépression froide masquée par une relation de statut et de rôle, qui ne donne lieu à aucune croissance, à aucune identification, en bref, la mort psychique. L'autre point de vue, qui aide à éclairer le cas de M., est celui de la défense maniaque de WINNICOT. L'exaltation qui accompagnait ses conquêtes, ainsi que le fait d'en parler à tout moment, montraient combien ce processus était une fuite de la réalité intérieure. Le pénis était un talisman magique merveilleux, qu'elle ressentait dans son corps, "un truc qui colle encore au corps et au coeur", et qu'elle symbolisait comme réassurance. En tout cas, il aurait été dangereux dans son cas de faire une tentative pour analyser ces défenses antidépressives. L'angoisse intense des investigations internes au cours des examens gynécologiques témoignait de la peur des attaques sadiques, persécutrices dues à sa propre envie. Enfin, un autre point de vue qui me semble important est l'intérêt que représente le cadre des entretiens que je lui offrais.

Du fait, de son fonctionnement, M. n'avait jamais été à même de symboliser ses conflits et encore moins de communiquer par cet acte intermédiaire. En lui proposant le modelage, je permettais à l'échange d'échapper au processus verbal qui était le sien habituellement. Il s'ensuit que manipulant des éléments symboliques, la relation échappa à l'impasse orale décrite par RACAMIER. Tandis qu'avec l'équipe soignante, ce qu'elle demandait était de l'ordre du réel, elle n'était jamais satisfaite, et arrivait à épuiser les soignants.

C'est ce qui a été exprimé aussi à propos de la réalisation symbolique de SECHEHAYE. La satisfaction de ses demandes réelles avait une limite et ne la satisfaisait jamais. L'écoute de son discours, au cours d'un échange d'éléments symboliques était plus satisfaisante.

Finalement, on aurait pu lui accorder tout ce qu'elle demandait dans le réel pour s'en débarrasser, alors que de l'écouter

tout simplement signifiait, qu'étant comprise, elle pouvait prendre pour objet interne, celui qui la contenait : "Je te mettrais à l'intérieur, si tu me contiens."

Enfin un autre point de vue permettait de comprendre certains aspects des séances de psychothérapie. Je m'inspirais des travaux de Giséla PANKOW, sur la double fonction symbolisante de l'image du corps et des perturbations qui y sont liées (Cf. "L'homme et sa psychose"). En utilisant la technique du modelage, on espère explorer les deux fonctions fondamentales de l'image du corps (qui se différencie du schéma corporel). "La première fonction de l'image du corps concerne uniquement sa structure spatiale en tant que forme, cette fonction peut être perturbée, lorsqu'un lien est rompu entre une partie de l'image du corps et la totalité. La seconde fonction de l'image du corps ne concerne pas la structure spatiale, mais le contenu et le sens." Lors de la séance, où M. modela un cochon, je lui demandais : "Si vous étiez un cochon ?". J'espère explorer sa relation d'objet, en la mettant en scène en tant que sujet. En lui demandant : "Que feriez-vous si vous étiez le propriétaire du cochon ?", et en partant du principe qu'il représente une partie d'elle-même, j'espère avoir des renseignements sur les relations à l'intérieur d'elle-même : entre les différentes parties.

Giséla PANKOW prescrit de poser la question de la manière suivante : A propos de cas d'un malade qui aurait confectionné un soulier : "A qui pourrait appartenir ce soulier ?", ce qui d'après elle explore les relations objectales, et l'autre question : "Si vous étiez ce soulier, que pourriez-vous faire à mon corps ?" Cette technique est décrite par Giséla PANKOW, dans "L'homme et sa psychose", pour explorer les dissociations dans l'image du corps, comme fonction symbolisante chez les personnalités psychotiques. La manière dont j'ai posé les questions est différente, et ne semble pas faire faire aux malades le même travail imaginaire. Cependant, le matériel obtenu est intéressant. Conformément à la clinique, il ne révèle pas de dissociations évidentes, mais un fantasme d'incorporation

.../...

coupable. M. illustre le refoulement dans sa relation objectale par une petite partie de cervelle disparue. Il s'agit là d'une castration, et non d'une dissociation. C'est donc la fonction du corps comme structure spatiale qui est lésée, et dans ce cas, il y a régression du moi à un niveau archaïque d'incorporation. Ce qui entraîne le vécu dépressif permanent de ce mode de relation d'objet, qui était celui de M.

Un des problèmes intéressant est celui des rapports entre les différentes fonctions, que j'assumais. Certaines étaient compatibles, d'autres non.

Le fait que les entretiens étaient confidentiels, ne m'empêchait pas d'utiliser les connaissances acquises ainsi, pour donner mon avis sur les autres aspects des soins et de prendre des décisions sur le traitement. La seule règle de discrétion à respecter, me semblait être, de ne pas divulguer le contenu des séances. Or, la plupart du temps, c'était la patiente elle-même, qui parlait de ce qu'elle faisait, par exemple le modelage. Par contre, M. ne disait par les fantasmes érotiques qu'elle modelait pendant les séances, bien qu'elle racontait sa vie sexuelle à qui voulait l'entendre. Le mieux était de respecter ces contradictions. La fonction de prescripteur de psychotropes n'était pas non plus incompatible avec celle de psychothérapeute, dans la mesure où chaque changement de traitement était négocié avec les patientes, en dehors des séances, et était vécu le plus souvent comme réparateur. Par contre, la fonction d'animateur de réunion posa quelques problèmes épineux. Par exemple, G. ne vint pas aux réunions la plupart du temps. D'autre part, des patientes qui n'étaient pas suivies en psychothérapie, laissaient entendre clairement leur jalousie, tandis qu'une autre patiente se sentait coupable de ce privilège. Il fallut expliciter le fait que la psychothérapie n'était pas une bonne indication pour tout le monde. D'autre part, il fut facile d'analyser la résistance que révélait la culpabilité d'être prise en thérapie, avec cette patiente, pendant les séances individuelles.

Par contre, la fonction de médecin généraliste me semblait incompatible avec la fonction de psychothérapeute, et j'évitais résolument les examens somatiques à partir du moment où je pris les patientes en entretiens réguliers. Heureusement, il n'y en eut que trois dans ce cas. Je les confiais au médecin généraliste de l'hôpital, ou à l'interne d'un service voisin, quand le besoin s'en faisait sentir, mais ce fut rare.

.../...

Etant l'interne du service, j'ai ressenti très souvent la nécessité qu'il existe une instance hiérarchique supérieure, qui puisse servir de tiers.

Dans les conflits nombreux et violents, qui opposaient le malade à l'équipe soignante, je jouais très souvent le rôle du porte-parole de la malade qui du fait, de son statut, de sa crainte des représailles, et de sa moins grande facilité à nommer ses angoisses et ses conflits, prenait pour cela des moyens pas toujours adéquats : violence exagérée, dépression grave, maladies. Me faisant le porte-parole d'un des termes du conflit dans l'intention de le régler en équipe, je représentais pour le fonctionnement du service, le danger d'un rejet ou d'une agression également de ma fonction d'interne. La présence du médecin chef faisant fonction de tiers sécurisant ; permettait à l'équipe de supporter le conflit sans rejeter l'interne avec la psychothérapie.

Un autre aspect de ma position dans le service, était que je devais intervenir pour le patient, en sa faveur, pour lui faciliter dans l'actualité les changements, qui étaient soit spontanés, soit provoqués par la psychothérapie. Par exemple, envisager les problèmes concrets de l'avenir de G. et demander à l'assistance sociale, telle mesure en sa faveur, accepter de refaire pour la dixième fois, l'expérience de la laisser partir dans sa famille, ou bien pour M. d'assouplir la position de l'équipe à l'égard de son comportement sexuel. Je renonçais par là aux exigences de la neutralité bienveillante. Il me semblait qu'il était nécessaire d'assister les patientes dans leurs démarches, car la relation de dépendance était telle, que, livrées à elles-mêmes, elles se seraient heurtées nécessairement aux habitudes et au cadre rigide de l'institution.

A ce propos, il me semblait nécessaire d'exercer notre capacité de rêver avec les patientes : très souvent elles utilisaient la fuite en avant, dans la guérison, ce que RACAMIER a appelé la progrédiance, or, ceci est très important pour les psychotiques, et les patients hospitalisés. Ce point de vue a largement été étudié par le courant phénoménologique. "Lorsque quelqu'un est désespéré, il faut bien lui donner un possible, car sans possible on ne peut pas

.../...

respirer" (Traité du désespoir de KIERKEGARD). Encore plus lorsque ce possible est revendiqué par le patient. Pour ces deux cas étudiés, l'équipe n'avait plus d'espoir, et lorsque les patientes rêvaient de leurs possibilités et de leurs projets futurs, elle n'y croyait pas. C'était paraître naïf que de rêver avec elles, malgré le fait qu'il y ait peu de chance que ce rêve-projet se réalise.

C'est ce qui se passa dans le cas de M., qui voulait se marier, ce qui semblait complètement impossible à l'équipe soignante qui la connaissait irrécupérable depuis si longtemps, et si gravement perturbée. Il me fallut en parler souvent pour que nous acceptions de prendre ses espoirs au sérieux, et que l'équipe reconnaisse le bien fondé de cette formule : savoir rêver avec les patients.

Le problème de la progrédiante :

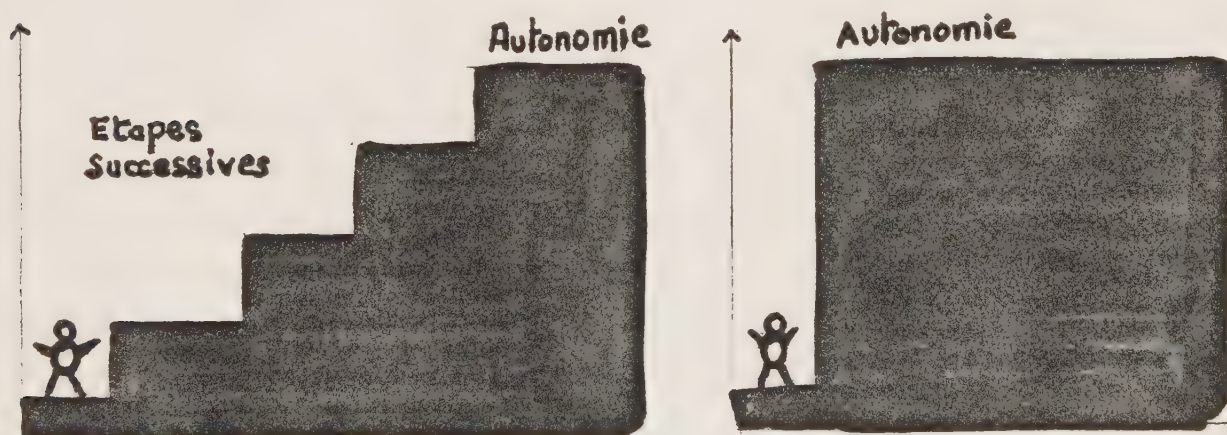
Enfin un point qui me semble fondamental est d'insister sur ce terme de progrédiante. J'ai observé très souvent que beaucoup de patients ne peuvent investir leur progrès dans une activité sérieuse, qui soit une étape évolutive pour eux. Beaucoup se retrouvent dans une alternative dont il leur est absolument impossible de sortir. Autant dire que dans ces cas, la psychothérapie est vouée à l'échec. En effet, il n'existait pas toujours de stades intermédiaires, d'autonomisation, le choix est alors le suivant, soit rester chronique à l'hôpital psychiatrique, soit se retrouver dehors avec un travail à plein temps quand ils le trouvaient. Ceci contribue largement à chroniciser des patients qui ne peuvent d'emblée s'adapter à la vie professionnelle du fait de leur capacité de travail limitée. Il semble nécessaire pour certains patients de passer progressivement de la complète dépendance asilaire à l'autonomie complète de la vie active. Le cas le plus paradoxal, est celui des patients bénéficiant d'une pension d'handicapé adulte ou d'invalidité qui ne leur permet pas de vivre à l'extérieur, mais les empêche de travailler. Pour les cas rapportés dans ce travail, ils ont pu bénéficier de certaines structures existantes : activité scolaire et cours d'arts ménagers, ces offres bien que limitées, permettaient aux patientes d'investir ailleurs lorsqu'elles avaient fait des progrès. Mais dans certains cas, les étapes font cruellement défaut. Dans les cas les meilleurs, il

.../...

existe une ergothérapie intéressante mais parfaitement stéréotypée et absolument pas une préparation progressive à une activité professionnelle.

De même, il existe très peu d'étapes intermédiaires entre la vie à l'hôpital psychiatrique, où le patient est logé, nourri et bénéficie d'une vie collective même si elle est sordide, et la vie solitaire, indépendante dans une chambre ou un appartement en ville. Si on fait le compte des foyers capables d'accueillir des malades mentaux en voie de guérison, ils sont tellement insuffisants pour les besoins de la population psychiatrique ! Tout ceci favorise la chronicité et les CAT. Actuellement, une expérience professionnelle pour personnes à capacité de travail réduite est en cours. Mais elle est limitée à une petite équipe de patients-travailleurs, il s'agit de MESSIDOR. Il existe également un foyer de post-cure de quarante places, le Foyer Jean DECHAUME.

Ceci peut constituer une étape intermédiaire, mais il faudrait des étapes plus graduées et des petites institutions en plus grand nombre. Sans cela, il est pratiquement impossible voire inutile de pratiquer des psychothérapies avec des patients très régressés à l'hôpital.



Ce petit schéma simpliste illustre la situation tant économique qu'existencielle et narcissique, du patient régressé à l'hôpital psychiatrique. De plus, il est conforme à la progression nécessaire inspirée des lois de l'apprentissage.

Les modes de guérisons sont possibles spontanément ou bien déclanchés par la psychothérapie, mais il arrive que l'entourage entrave ce développement, soit parce que les contraintes sont telles que l'individu ne peut pas laisser libre cours à son cheminement personnel, soit qu'il suscite des réactions d'intolérance chez les soignants. Le manque de bonnes conditions empêche l'individu de faire une étape personnelle qui impliquerait un remaniement important. Mais également, le changement peut comporter des phases qui ne seront pas acceptées par l'entourage, ou bien l'entourage lui-même montre une grande résistance au changement, le malade est prisonnier de son étiquette ou de notre désir.

Tout ceci entrave des processus de guérison spontanés, ou provoqués par la psychothérapie. Dans le souci d'éviter au moins d'être nuisible au patient, nous devons veiller à cela. Ceci a été développé dans les travaux de LAING : "Voyage au bout de la folie".

Bien que ces travaux aient été contestés, l'idée maitresse de cette thèse est que certaines régressions sont comme la fièvre : non une maladie, mais une tentative de guérison qu'il faut favoriser et non entraver. Nous ne discuterons pas cette hypothèse ici, ni celle sous-tendue, du besoin de régression plus générale chez les patients.

Mais, ce qui nous intéresse peut-être schématisé en trois points :

- l'évolution d'un patient peut se faire par crises. Chaque crise est la marque d'un changement et d'une étape de maturation. Les crises ne sont pas toujours la maladie, il faut savoir faire la différence.

- si la crise prend un caractère répétitif, elle peut ne déboucher sur aucune maturation, et il est possible que la réponse adéquate de l'entourage fasse défaut, et dans ce cas, il est intéressant de "faire quelque chose de différent, et non pas un peu plus de la même chose", cf WATLAVICK.

- la relation qui a lieu à ce moment entre soigné et soignant est très importante, elle fonctionne sur le mode de l'Identification projective : le soignant servant de container (contenant) pour supporter les contenus psychiques intolérables qui sont expulsés de manière très violente. Bien que j'ai déjà insisté sur ce processus, je voudrais le décrire du point de

.../...

vue du soignant, sans pour autant aborder les problèmes de "contre-identification projective", car ils échappent à une investigation sérieuse.

Si le soignant est souple et aidé lui-même par un travail personnel, une attitude professionnelle (voir WINNICOT), ou un contrôle, il peut accepter d'affronter des expériences psychiques chaque fois surprenantes, étranges, inconnues de lui, et le plus souvent qui sont l'objet d'une résistance. Les contenus psychiques sont d'autant plus méconnaissables et étranges, que le malade est plus dissocié (cf BION). Plus un malade est dissocié, plus il est difficile au thérapeute de reconnaître ce qui est en jeu, mais le plus souvent, ce qui est vécu à ce moment par le patient est douloureux, insupportable, et engendre des mouvements dépressifs ou haineux, violents, et qui peuvent altérer la relation. Il est nécessaire pour le psychothérapeute de posséder un mode d'approche professionnel, pour ne pas voir ses résistances devenir un obstacle infranchissable pour le patient, et ceci, à son insu, de manière insidieuse. Je veux parler de "l'attitude professionnelle" décrite par WINNICOT dans "le Contre-transfert", qui permet d'être à la fois impliqué dans la relation tout en gardant la distance et la maîtrise nécessaires.

Les résistances du thérapeute sont bien entendues un phénomène normal. Car les contenus psychiques expulsés par le patient ne sont rien moins que confortables, et même si le thérapeute a appris à faire face à ses propres contenus psychiques inconscients, les plus "disrupteurs", il n'est pas sûr qu'il puisse affronter aisément ceux du patient.

En général, il y a au moins une expérience qui est particulièrement ardue à aborder, c'est le vécu dépressif du patient, qui peut être tellement massif, qu'il peut devenir très pénible pour le thérapeute. Ajoutons à cela, que beaucoup de patients montrent une dépression manifeste accentuée au moment où ils ont un thérapeute. En effet, ils luttent contre une dépression latente permanente, et lorsqu'ils commencent une relation psychothérapique, ils placent leur confiance dans le psychothérapeute et peuvent se permettre de s'abandonner à leur désir de mourir, puisque le thérapeute est dépositaire

.../...

de leur désir de vivre, et des parties vivantes qui sont en eux. Ils réalisent ainsi un clivage qui leur permet de protéger les bons objets internes des attaques sadiques, en les plaçant en sureté dans le thérapeute, et d'incarner pour ainsi dire, les pulsions de mort, à charge pour le thérapeute de gagner la partie.

Ceci est important à reconnaître, car à ce moment, le discours manifeste du patient est massivement dépressif, ce qui est pénible pour le thérapeute mais en fait, le patient va mieux.

D'autre part, je n'ai jamais manqué d'observer un phénomène qui me semble d'une importance capitale, que j'appellerai la dépression des soignants. Le vécu dépressif du moi-thérapeutique, est un des aspects qui atteint le plus les soignants pour plusieurs raisons. La position dépressive est un stade, le moins bien résolu, surtout chez les soignants. Le climat le plus général dans un service de psychiatrie, est en général, assez dépressif. C'est une pathologie tenace et difficile à traiter.

En psychiatrie, il n'y a pas souvent matière à être fier de soi et de son oeuvre, et d'autre part, les conflits incessants sont ruineux sur le plan narcissique. De plus, la satisfaction réparatrice fait fréquemment défaut. Une autre raison en est le vécu d'impuissance, bien que ça ne soit pas le même registre.

Ce sentiment est accentué, du fait qu'il peut exister chez certains soignants, le fantasme qu'il existe des thérapeutes sans faille. Ceci est valable même pour les médecins, qui peuvent se sentir écrasés par un "idéal du moi-thérapeutique" tel, qu'ils préfèrent ne rien entreprendre, car de toutes façons, ce sera mauvais (c'est pourtant FREUD qui le disait en parlant de l'éducation), et qui est maladroitement entretenu par les discours exclusivement théoriques et par trop idéaux, et la lecture des auteurs qui font état seulement des réussites et rarement des échecs.

Il est nécessaire d'y être attentif, même si ce vécu reste le plus souvent latent cliniquement ou déguisé sous des aménagements caractériels, pervers ou autres, l'indifférence, le doute systématique l'ironie, l'absence de curiosité ou le désinvestissement, la démobilisation, ce qui ne signifie pas que cela envahisse toute leur vie extraprofessionnelle.

.../...

Le contenu psychique latent est le plus souvent insupportable. Le patient essaye de l'enfermer à l'intérieur de lui, au risque de renoncer à des fonctions importantes de sa personnalité, et de consacrer une grande partie de son énergie à lutter contre ces phénomènes. Mais, ces pressions internes exercées par les contenus psychiques sont des parties vivantes de sa personnalité auxquelles il ne peut pas renoncer sans un appauvrissement considérable. Or, non seulement il redoute que ces parties de lui-même sadiques, envieuses, destructrices, le mènent à encourir des rétorsions de la part de l'entourage, ou bien détruisent les parties bonnes de cet entourage, mais il redoute également qu'elles prennent tout le pouvoir sur lui-même, et qu'elles s'attaquent aux bonnes expériences intériorisées, ou bien encore au bon objet interne, et le ruinent intérieurement, le vidant jusqu'à ne laisser de lui qu'une enveloppe vide de vie et remplie de choses toxiques et dangereuses, et de rancœur, de dépression, de désespoir. Et suivant ainsi les conseils de la gènèse : "si ton oeil est l'objet de scandale, crève-le", c'est ce qu'il fait, "si ta langue est l'objet de scandale, coupe-la", il ne s'en prive pas : le patient se retrouve sourd et muet, aveugle, cul de jatte, et manchot (catatonique), au sens métaphorique.

La logique de cette parabole est que, si nous proposons au patient de voir et de parler, donc de retrouver ses yeux et sa langue, nous lui demandons implicitement de donner libre expression au scandale, c'est-à-dire aux contenus psychiques intolérables. Pourquoi le ferions-nous ? Si ce n'est que nous faisons la promesse implicite que nous-mêmes pouvons affronter et solutionner ces expériences, ou l'y aider.

Ils ne sont pas si fous que ça, les patients qui savent bien inconsciemment, et à juste titre d'ailleurs, que les soignants, y

.../...

compris les médecins, ne sont pas toujours aptes à ce genre de rencontre. C'est pourquoi, ils testent le thérapeute en permanence pour jauger de ses limites et de sa tolérance. Le patient a une très grande acuité pour reconnaître ce qui va troubler le thérapeute, de même ce à quoi, il ne réagit pas, ce qui est encore plus inquiétant. C'est ce qui a été formulé en terme de peur de détruire le psychothérapeute, d'être abandonné par lui, de rompre la relation, d'augmenter ses résistances, de créer en lui des conflits qui vont le perturber, et d'injecter en lui des contenus psychiques qu'il ne va pas pouvoir supporter. Ces réactions très subtiles et infraverbales du psychothérapeute, informent en permanence le patient. Par exemple, le thérapeute toujours très gentil, aimable, peut être vécu comme un psychothérapeute ne supportant pas la haine. De ce fait, le patient aura toujours l'impression qu'il ne doit surtout pas avoir de sentiment haineux, sous peine de mettre son psychothérapeute en difficulté, et pour ne pas risquer de perturber la relation soignant-patient (Cf. WINNICOT). Le patient va retenir les contenus psychiques qu'il estime trop dangereux pour cette relation et pour le thérapeute.

Tout ceci tend à démontrer que le travail sur le thérapeute est un temps capital pour la psychothérapie. Donc, il est nécessaire d'analyser ses propres résistances à l'égard de l'évolution du patient, et de trouver les formulations propres à rendre acceptables des contenus psychiques douloureux à tous.

Le travail de l'interne ou du médecin à l'intérieur d'une équipe peut consister à l'assistance aux personnes de l'équipe, pour qu'ils puissent affronter les contenus psychiques, Il doit le faire pour lui-même (par un contrôle si possible) pour les personnes, sans s'immiscer dans leur vie privée, et pour le groupe,

Il ne s'agit pas de les soigner mais de prendre soin d'eux, pour qu'ils soient à même de supporter les patients, et cette perspective change complètement la manière dont on envisage les difficultés des soignants.

.../...

Pour illustrer ces dires, il y eut plusieurs situations qui mettaient les soignants en difficulté. Par exemple, lors des réunions hebdomadaires, lorsque les patientes ne parlaient pas ou très peu, ou de sujets jugés inintéressants, l'équipe était assez déprimée et agressive, disant "ces réunions ne marchent pas", et n'avait qu'une hâte, c'était de retourner à leurs gouttes et comprimés, pour échapper à la post-réunion. La réunion était "une bonne réunion lorsque la discussion tournait rondement. Or, malgré les apparences, cette réunion était assez investie des malades même si les résistances bien normales, se manifestaient.

Il fallut un certain nombre de discussions pour se convaincre du fait que la réunion silencieuse, n'était pas une réunion ratée, mais une offre toujours renouvelée pour s'exprimer, au cours de laquelle se faisait un travail psychique aussi important que dans les réunions animées.

Ceci d'autant plus que nous y participions verbalement et que ce n'était pas des séances de psychanalyse de groupe, et qu'il n'y avait pas d'interprétation.

Un autre exemple, lorsqu'une infirmière fit allusion à un comportement de putain, en parlant à M. Elle était bien évidemment très ennuyée, et je lui proposais de parler à M. et de lui expliquer qu'elle avait parlé ainsi dans un mouvement de colère, et de bien vouloir l'excuser. Ce ne fut pas très facile, mais les résultats furent très positifs.

Un autre cas, fut celui d'une jeune élève qui était très proche des malades, et qui avait attiré sur elle des réactions irrespectueuses et sadiques dont le seul but de la part de certaines patientes, était de contrôler la distance. L'atteinte narcissique était très cuisante, et dans ce cas, nous avons pu parler suffisamment de ces problèmes de distance, plutôt que de rester sur une mauvaise expérience et un échec.

Il y eut plusieurs exemples, mais je me contenterai d'un dernier qui concernait G. Quand elle était furieuse, elle rejetait les infirmières, et les insultaient. Celles-ci se sentaient blessées et ressentaient ses attaques comme une manifestation d'ingratitude intolérable, car par ailleurs, elles étaient très présentes et chaleureuses.

.../...

J'utilisais bien sûr ce que j'avais compris de G., durant les séances, pour leur expliquer que dans ces cas, G. souffrait terriblement et avait un besoin urgent d'être aidée. Et que ces colères étaient son seul moyen de le leur exprimer. Mais que cela ne signifiait pas son ingratitude.

Enfin un dernier aspect du problème de la psychothérapie d'un patient hospitalisé, est la relation avec les autres médecins.

Dans le cas de G., bien que j'eus l'occasion d'entrer en conflit avec son ancien psychothérapeute, ceci ne perturba pas gravement la patiente.

J'avais consulté ce médecin avant d'entreprendre les entretiens avec G., et m'ayant informé du fait qu'il se contentait d'une psychothérapie de soutien, il m'avait donné le "feu vert", pour faire un autre travail, et d'autre part, il n'intervenait que très rarement dans le service.

Par contre, j'ai eu l'occasion de voir des psychothérapies en difficultés en raison des conflits qui m'opposaient à d'autres médecins. Dans un premier cas, B. hospitalisée, que j'avais suivi en psychothérapie verbale, dans un service précédent, venait me voir à l'hôpital dans mon nouveau service. Ce n'était pas une solution très pratique mais qui aurait pu présenter plusieurs avantages notamment celui d'obliger la patiente à sortir de l'hôpital psychiatrique. Or, B. abandonna définitivement la psychothérapie après que l'interne du service, d'après ses dires, lui fit comprendre qu'elle était libre mais que c'était déconseillé. Je reconnais qu'elle n'allait pas bien, mais elle va encore moins bien depuis, et d'autre part, l'ambiguïté des messages transmis et les conflits qui ont été réactivés en elle, ont-ils été utiles ?

J'eus l'expérience d'un autre cas, avec un patient étiqueté "gros psychotique", à l'entrée dans le service et que je pris en psychothérapie verbale, car il me semblait que ce diagnostic était dangereux pour lui, et bien qu'il ait des problèmes psychotiques, il me semblait qu'il avait par ailleurs des ressources pour y faire face.

.../...

Il n'allait pas plus mal sur le plan clinique, et ne présenta pas de crise grave. Mais il abandonna la psychothérapie pendant une période, où d'autres médecins étaient hostiles à cette entreprise. Il verbalisa d'ailleurs au cours d'une séance, les anxiétés que ce fait avait déclenché. Il prit contact avec un psychanalyste en ville. Ce à quoi, je l'encourageais. Il revint cependant en psychothérapie avec moi à sa demande, et j'entrepris alors de soigner certaines de ses angoisses par des techniques de modeling, et d'affirmation de soi, inspirées des thérapies comportementales. J'ai des nouvelles de lui assez positives mais très vagues. Il est donc impossible d'évaluer le résultat.

Tout ceci illustre fort bien dans le cas de patients psychotiques la difficulté qu'il y a de pratiquer des psychothérapies en institution, en raison des conflits entre les membres du personnel soignant, telque l'a précisé RACAMIER.

A partir d'un aspect particulier du mécanisme d'identification projective, BION a dégagé celui de la relation contenant-contenu noté ($\varphi\sigma$).

Selon une formulation simplifiée de ce modèle, le nourrisson **progète** des contenus psychiques insupportables qui fonctionnent comme contenus, dans le "bon sein", qui fonctionne comme contenant et qui les retourne désintoxiqués et supportables par le nourrisson.

Nous avons vu toute l'importance que revêt cette relation dans les deux cas cliniques étudiés. Surtout pour le cas de M. qui fonctionne exclusivement sur le mode de l'identification projective. Mais également dans le cas de G. qui mettait à rude épreuve l'ensemble du service spécialement en période de crise.

Ceci évoque les idées développées par BION, appelées "changement catastrophique dans la crise psychotique", qui est un moment inévitable dans tout processus d'évolution et de croissance, qui se manifeste également, avec des personnalités régressives ou des états limites.

Cette crise, dans le meilleur des cas, sera contrôlée dans le cadre psychothérapique, mais elle peut arriver à déborder ce cadre et les contenus psychiques intolérables faire irruption hors du cadre, provoquer des réactions dans le milieu extérieur sous la forme d'intervention de la famille ou d'autres psychiatres, si c'est à l'extérieur de l'institution ou bien des relations de l'équipe soignante, des malades et des autres médecins, si c'est dans l'institution.

Ce qui peut représenter un danger pour le patient, le thérapeute et la psychotérapie. En effet, selon la qualité de ce fonctionnement ($\varphi\sigma$), il peut y avoir évolution ou régression.

"Si cette relation est positive ($+\varphi\sigma$), elle offre des possibilités de développement et de croissance qui sont fondés sur la

.../...

capacité de supporter le doute et l'inconnu". BION.

Or ceci est nécessaire pour la croissance de la personnalité, pour une approche de la position dépressive, et pour une introjection des pulsions grâce à ce contenant (par exemple le sein) qui sera intériorisé et constituera l'objet interne qui assumera définitivement la fonction contenante tout en permettant l'indépendance du sujet.

Sans quoi, si le processus échoue ces parties vivantes expulsées seront soumises à d'autres processus, bien plus coûteux et appauvrissants pour le moi du sujet, tel que :

- le refoulement,
- le clivage,
- la dissociation (l'attaque contre les liens),
- la projection sur autrui dans les formations paranoïaques.

Durant la période où l'antipsychiatrie faisait recette, il y eut des institutions qui se créèrent avec pour mot d'ordre "un lieu où vivre sa folie".

En fait, il semble que cela procédait du déni non seulement que le contenu de la folie soit quelque chose d'insupportable mais encore que vivre sa folie ne suffisait pas, mais qu'il fallait en outre un contenant qui puisse la recevoir et restituer ce qui y était aliéné sous une forme acceptable.

Il ne faudrait pas se méprendre sur la simplicité apparente de ce processus. Ceci est une construction simpliste et approximative dont le but est de rendre compte de certains phénomènes qu'on aurait isolés artificiellement.

D'autre part, un lecteur pressé pourrait y voir là une transposition mécaniciste des lois **physiques**. Le contenu psychique n'est pas une charge d'électrons qui parcourt des circuits, il s'agit de bien autre chose.

Quand un patient est pris d'une crise au cours de laquelle il se met à haranguer ceux qui sont à sa proximité, ce peut être

.../...

son sentiment d'impuissance qui l'étreint mais le soignant qui est présent, lui, ressentira peut être de la culpabilité et le sentiment d'être un mauvais soignant. Le contenu psychique n'est pas le même.

Quand le nourrisson a faim, il souffre d'autant qu'il ne peut imaginer ce qui lui arrive, ce qui fait que sa souffrance est infinie. S'il crie, ce n'est bien sûr pas la faim qui est déclenchée chez la mère, mais autre chose : le plaisir mêlé d'inquiétude, le sentiment d'urgence ou la culpabilité, l'identification imaginaire à la détresse du nourrisson. L'expérience du sein fera que cette souffrance du nourrisson d'infinie deviendra finie, et une souffrance finie, c'est supportable.

Ce peut être là une des raisons qui constituent l'intolérance à la frustration que BION, et d'autres auteurs, ont signalé comme étant l'un des facteurs les plus caractéristiques des personnalités psychotiques.

En raison de l'importance que revêt le mécanisme de contenant-contenu pour les patients, et de l'éruption inévitable des contenus psychiques en dehors du cadre thérapeutique, il m'a semblé intéressant de ne pas concevoir cette fonction seulement au niveau interpersonnel, mais de l'appliquer à l'ensemble de l'appareil de soin.

C'est donc tout un système qui assure la fonction de contenant. Ce système formé par l'institution, les murs de l'hôpital, le personnel soignant ou chaque personne assure une petite partie de la fonction contenant ainsi que les techniques et les théories qu'ils utilisent pour les soins.

Il est intéressant alors d'étudier la contenance du système.

On peut la définir comme la capacité d'un système de soin à recevoir des contenus psychiques pénibles sur le mode de l'identification projective, et de restituer au malade des contenus psychiques sous une forme tolérable (sous forme de formulations verbales ou de messages comportementaux, ou de décisions).

.../...

Cette fonction dans son extension, est à différencier bien entendu de la fonction de contention qui consiste à contenir sans restituer. Sur le plan sociologique, il faudrait la différencier d'une fonction de cléarence qui consisterait à prélever les manifestations de folie pour les soustraire à la vie extérieure.

Ainsi un système contenant qui dans la réalité est l'institution, un couple parental, une équipe de secteur, etc..., se compose de sous-systèmes, lesquels sont plus ou moins compartimentés et hiérarchisés.

Le thérapeute muni ou non d'un cadre thérapeutique, d'une technique, et de références théoriques, forme un système.

Il est souhaitable que sa fonction contenante suffise mais ce n'est pas toujours le cas et il arrive que les contenus psychiques qui sont pas traités dans les séances, débordent le cadre et font irruption dans le système plus large que constitue le service.

Sans en faire l'analyse exhaustive, nous pouvons repérer différents sous-systèmes assurant la contenance dans l'institution qui sont : l'équipe soignante composée parfois de deux équipes en interaction (souvent en rivalité narcissique), les groupes institutionnels (réunion hebdomadaire composée de soignants et de patients). Ou encore, les réunions de soignants, le groupe de malades, et enfin tout ceci fonctionnant à l'intérieur d'une loi dont le médecin chef est le représentant.

Nous pouvons essayer de préciser quelques uns des facteurs qui conditionnent cette capacité de contenance et par là, ce qui peut l'augmenter ou la diminuer.

Au niveau de la psychothérapie, il semble que le cadre soit un facteur important, la régularité des séances semble un des facteurs primordiaux, car dans les moments difficiles et ils sont nombreux, l'envie de fuir du partient, et l'envie d'accepter cette fuite, du thérapeute, n'ont d'autres limites que celle des rendez-vous rituels et prévus à l'avance. Mais réciproquement la perspective des autres séances que le patient a appris avec l'expérience, à espérer sans crainte d'être déçu, lui permettent de supporter des angoisses

.../...

qu'il n'aurait pas surement accepté sans la perspective certaine de la séance suivante. Ceci ne veut pas dire nécessairement un nombre de séances très grand, ou illimité, il est même possible et parfois souhaitable de fixer à l'avance, un nombre limité de séances, l'essentiel étant que ceci puisse être établi avec certitude. C'est dire aussi les effets nocifs pour la relation thérapeutique que peut avoir une négligence ou un oubli de séance qui n'aurait pas été annoncé préalablement. Il faut donc s'assurer que le patient a vraiment compris, quite à le répéter plusieurs fois.

Toujours au niveau de la psychothérapie, il semble que l'existence d'un lieu adéquat ait aussi une importance pour assurer un sentiment de sécurité, et par suite un certain investissement des séances. Or, trouver un lieu qui soit soustrait aux irrptions fréquentes des autres patients, aux coups de téléphone destinés à tout le service, au bruit, n'est pas toujours une entreprise facile à l'hôpital psychiatrique. Ce qui ne veut pas dire que toute interruption soit préjudiciable car au contraire, elles peuvent être utilisées dans la psychothérapie, en permettant d'analyser les réactions de jalousie et la manière dont le patient réagit à l'émergence de sentiments agressifs envers le thérapeute.

Un des facteurs essentiel de la contenance est le degré de symbolisation des manifestations du patient. Plus le degré de symbolisation pendant les séances, est grand, et plus grande est la contenance, jusqu'à la situation idéale de la stricte cure analytique. Seulement, il n'y a pas beaucoup de thérapeutes capables de ce travail, pour les psychotiques. Il y a aussi peu de patients capables de se satisfaire seulement du langage pour symboliser les conflits, c'est pourquoi, j'utilisais d'autres méthodes.

On peut concevoir alors que la contenance cadre-thérapeute dépend des techniques et des référents théoriques qu'il utilise.

Il a été mis en évidence que la théorie analytique était particulièrement apte à donner au thérapeute, le recul et la perspective nécessaires, pour accroître la contenance. Cependant une technique analytique trop rigide peut être préjudiciable. C'est dire tout l'intérêt de trouver avec le patient, un registre symbolique

.../...

adéquat, et c'est pour cette raison que l'accès au symbolique grâce au modelage permettait de mettre en scène et de traiter des fantasmes qui n'auraient pas pu l'être autrement.

Ajoutons à ce système thérapeute-cadre, technique-théorie, l'existence ou non d'un "contrôleur" ou "superviseur". Sans développer ce problème ici, le travail du superviseur devrait se garder de devenir un surmoi thérapeutique, étouffant, ou bien seulement un recueil de théories. Mais, plutôt d'être une aide, un questionnement, une maïeutique joint à une assistance technique et théorique. C'est sûrement un rôle difficile de questionner et d'instruire sans étouffer la créativité du thérapeute. À ce titre, ces psychothérapies se seraient peut-être déroulées tout à fait différemment, si j'avais eu un superviseur à cette époque.

En ce qui concerne l'équipe soignante, indépendamment des facteurs individuels, il faut tendre compte également de la conflictualité de l'équipe.

Si les différents membres de l'équipe sont capables d'assumer des parties psychiques différentes et conflictuelles, elles réalisent ainsi un degré supérieur de la fonction de contenance, ce qui est important pour les psychotiques (voir RACAMIER).

Des phénomènes semblables eurent lieu dans ce service. Une relative entente avec l'équipe soignante fit que je servis de tiers pour écouter les parties opposées, mais pour des raisons de discrétion je ne peux en parler.

Enfin des facteurs matériels entrent en jeu pour déterminer les possibilités humaines de contenance, par exemple : le nombre de patients par service, et par rapport aux soignants. Il est évident que la possibilité de relation ($\varphi\sigma$) est supérieure pour une équipe de quatre soignants pour trente patients (par demi-journée) que pour deux soignants, pour cinquante patients. Or dans ce service, la répartition était assez favorable, ce qui a permis mon travail. J'ai pu constater à quel point c'était impossible dans d'autres circonstances.

.../...

L'architecture du service joue également un grand rôle, il est impossible de tolérer une crise si elle a lieu dans un immense dortoir de cinquante malades : elle sera systématiquement réprimée alors qu'il est plus facile de la tolérer lorsque les malades dorment dans de petites chambres à deux lits.

Enfin, la répartition des structures pathologiques dans le groupe de malades et les identifications possibles.

Il est d'observation courante que les crises apparaissent par vagues, dans un service et que simultanément apparaissent des conflits dans l'équipe et une augmentation de l'anxiété de plusieurs patients. Ce phénomène avait lieu quand des phénomènes d'identification étaient possibles entre plusieurs patients, Ceci avait des avantages et des inconvénients. Le cas de M. en donne un exemple. Quand elle eut des relations sexuelles tout le service le sut, et ce ne fut pas seulement son problème particulier mais celui de tout le service, Le problème de la sexualité fut débattu en réunion d'équipe avec souvent des réactions négatives (mais non moins passionnées) chez certaines patientes concernées par ce problème (ceci est comparable à ce qui se passe dans les groupes de psychothérapie cf. SLAVSON). Le groupe de malades jouant le rôle de résonnateur, il contribuait à la dramatisation et à la mobilisation de tout le service, ce qui peut avoir des aspects positifs, et négatifs, et c'est à ce moment, que le rôle des soignants est primordial.

Un autre facteur parmi les plus importants, était l'attitude du médecin chef qui recevait sans dramatiser, les conflits qui n'avaient pas pu être résolus, par moi-même et l'équipe. Son attitude qui conciliait une fermeté sécurisante, une relative souplesse permettait de travailler, assurait une certaine conflictualité, et nous évitait de ressentir de manière dramatique les conflits déclenchés nécessairement par les crises des patients, ainsi que les échecs inévitables.

Il me semble nécessaire de souligner que la fonction de contenance permet au patient de supporter le drame de son existence.

.../...

Elle ne doit pas nous conduire à sous-estimer l'angoisse, nous devons rester attentifs à la nécessité d'~~enrayer~~ énergiquement ~~avec~~ des neuroleptiques à dose suffisante, une invasion schizophrénique ~~qui~~ peut constituer une expérience primordiale avec les risques d'organisation ultérieure de la personnalité, ou bien, un épisode dépressif grave avec des antidépresseurs voire des électrochocs en cas de mélancolie. Mais cela peut signifier de supporter le comportement d'un malade quand il s'agit d'une phase intermédiaire de son évolution, ou bien encore un délire dans certains cas.

Dans le cas d'une psychothérapie à l'intérieur du service, il me semble intéressant d'envisager comment fonctionne la contenance du système institutionnel. On peut schématiquement discerner plusieurs compartiments hiérarchisés. Si la crise déborde le cadre thérapeutique, dépassant les possibilités du thérapeute, et des techniques qu'il utilise, les tensions vont affecter toute l'équipe qui selon sa propre tolérance, l'estime qu'elle a de la psychothérapie, va absorber une partie de ces tensions.

Si ces tensions sont importantes, elles nécessitent des réunions d'équipe et l'intervention du médecin chef.

A chaque étape, il y a un seuil de tolérance, à ne pas franchir. Si ces seuils de tolérance sont bas (par exemple pour des raisons citées plus haut : nombre de patients par rapport aux soignants, architecture des lieux, ou bien médecin ou soignant ne tolérant pas les conflits, etc..) le thérapeute se trouve obligé d'intervenir sous peine de voir l'angoisse refluer vers le patient et l'amener à abandonner la psychothérapie, ou bien l'équipe soignante à disqualifier la psychothérapie avec le psychothérapeute. Ce qui est une situation assez dangereuse aussi bien pour le patient que pour le thérapeute, et pour la psychothérapie ultérieure. Et, ceci est d'autant plus ennuyeux que le psychothérapeute est l'interne du service. C'est ce qui se passait avec G. lorsqu'elle aborda une phase de son évolution, où elle devint de plus en plus agressive, et que je ne trouvais pas de moyens pour juguler cette crise. Ce qui m'amena à prendre des mesures **contraires** aux conditions de la psychothérapie d'inspiration analytique.

.../...

Un dernier aspect de cette réflexion qui me semble important, après ces expériences, est que la véritable faculté de contenance est en définitive notre capacité de faire face à l'inconnu, au vide, à l'étrange, à l'inattendu, et d'accueillir ces expériences nouvelles comme telles, sans les affubler immédiatement de nos théories et de nos concepts.

Ceci est très important pendant les séances pour la compréhension et la présence que l'on assure aux patients.
CF. BION : "Apprendre par l'expérience", et CF. CASTORIADIS
AULAGNIER : "La violence de l'interprétation".

Cette attitude est aussi une condition indispensable pour le progrès scientifique.

- ETUDE THEORIQUE DE CETTE TECHNIQUE DE PSYCHOTHERAPIE -

Les besoins psychothérapiques d'un patient à l'hôpital sont de plusieurs ordres :

1/ Le soutien : c'est l'institution qui peut le fournir, parce que réellement "l'asile" est d'une solidité à toutes épreuves, et sa permanence autorise un sentiment de sécurité,

2/ La psychothérapie proprement dite, c'est-à-dire l'accès aux conflits refoulés et leur réactivation en des termes si possible symboliques, et de trouver une solution qui puisse être généralisée, c'est-à-dire être transposée dans la vie réelle,

3/ Le besoin de contenance pour le patient qui vit une période difficile de son évolution sous la forme d'une crise.

J'aborderai seulement ces deux premiers aspects, le concept de contenance ayant déjà été traité.

Le problème de la psychothérapie de soutien est très important, mais non parfaitement élucidé, dans la réalité tout au moins.

On peut entendre par soutien, tout ce qui contribue à étayer ou remplacer les fonctions défaillantes du Moi, que ce soit dans le domaine matériel ou psychique.

RACAMIER a étudié ce problème à Chesnut Lodge, montrant combien le patient a tendance à créer "une psychose de transfert", et à abandonner à l'institution les fonctions du moi, dont il est ainsi considérablement appauvri.

Le problème de l'assistance matérielle implique une stratégie difficile à codifier. Une solution intéressante a été expérimentée dans le cadre des thérapies comportementales, sous la forme d'un protocole appelé "économie de jetons". L'interne du service est donc confronté aux manèges de cette stratégie du soutien ou du non-soutien. Cependant ce qui nous intéresse le plus est la psychothérapie de soutien. C'est un problème particulièrement délicat pour l'interne du service, étant donné qu'il n'est pas destiné à travailler longtemps dans

.../....

l'institution, il est nécessaire qu'il agisse en fonction du deuil inévitable qui aura lieu fatalement à l'issue de son contrat. Le danger est d'obtenir une amélioration provisoire suivie d'une aggravation catastrophique, à moins de devenir un moi auxiliaire irremplaçable.

C'est dire que la psychothérapie de soutien est loin de présenter une innocuité absolue, et qu'il est nécessaire d'aborder ce phénomène avec la plus grande prudence. Il me semblait qu'à ce titre, la psychothérapie analytique à visée de changement en évitant les effets de soutien au maximum, était beaucoup moins dangereuse.

Le deuxième aspect qui nous intéresse est l'accès aux conflits refoulés, malgré les résistances, leur symbolisation et leur résolution, avec généralisation dans la réalité. C'est le phénomène essentiel du processus psychothérapique, dit analytique. Je voudrais évoquer ici une certaine manière de faire : celle que j'ai utilisé à cette époque là, dans ce cadre là.

La première constatation que j'ai faite, était que dans cette situation, il était pratiquement impossible d'avoir valablement un accès au discours latent... Les demandes des patients se faisaient toujours en terme de :

- j'ai mal à la tête, au dos, au foie ...
- mon traitement est trop fort, ou mauvais, ou insuffisant ...
- les infirmières sont méchantes ou pas compréhensives avec moi ...
- les autres malades sont voleuses ou disent du mal de moi ...
- j'ai besoin d'une permission ou de changer de chambre ...

Ce genre de discours occupait facilement des heures et des mois d'entretien. A partir du moment où je proposais un registre d'expression différent, comme l'écriture ou le modelage, et que je faisais associer les patientes sur ce qu'elles avaient fait, j'obtenais très rapidement un matériel très riche, et surtout ce qui était le plus étonnant, une toute autre manière de communiquer avec la patiente, qui à ma grande surprise comprenait très bien le sens des associations d'idées et des interprétations, quand elles étaient faites à ce moment là.

.../...

J'en déduis que les patients ne peuvent pas nommer directement les éléments de leur vie psychique, avec des mots et des concepts mais qu'ils ont besoin d'une étape intermédiaire qui est un représentant fantasmatique ou imaginaire, avant de pouvoir le relier à des concepts et des mots.

Dans la pratique, il m'a semblé utile voire nécessaire d'avoir une bonne relation avec le patient, ce qui diffère d'une cure analytique où le patient est censé n'avoir pas de sentiments précis envers le thérapeute mais où il est fortement motivé.

A l'hôpital psychiatrique, c'est différent. Les patients demandent de l'aide mais pas nécessairement une psychothérapie. Si on veut la leur proposer, il m'a semblé qu'il fallait qu'ils aient au préalable confiance, et envie de travailler avec nous. Si les patientes ont eu l'occasion d'éprouver dans la réalité, que la relation était positive, alors elles acceptent l'échange symbolique. Ma position d'interne me permettait d'être un bon objet. Il se réalisait une sorte de clivage involontaire bon-interne, mauvaise-infirmière, qui pouvait être utilisé positivement à condition de restituer les dividendes narcissiques ainsi obtenus.

CF. J.HOCHMAN : " Valeur symbolique de l'aide matérielle dans le traitement des psychotiques. "

Je ne proposais pas d'emblée ces techniques, j'essayais auparavant d'utiliser la parole seule. Ce n'est que lorsque le travail n'avancait pas que je proposais une de ces solutions ; d'autre part, dès que le matériel ainsi obtenu était assez riche, j'essayais de l'exploiter au moyen des associations d'idées de la patiente. Une autre modalité d'utilisation que j'ai essayé, a été de donner aux patientes la pâte à modeler et de leur proposer de faire quelque chose pour la séance suivante. Les réactions étaient diverses :

- soit elle n'avait rien fait,
- soit elle faisait un modelage plus élaboré qu'elle remaniait souvent au cours de la semaine,
- enfin, le modelage était devenu un objet narcissique, hors séance, qui leur offrait une possibilité de manipulation des infirmières.

.../...

J'ai donc préféré très rapidement me contenter du modelage pendant les séances, c'était plus spontané et en plus des associations d'idées, il était intéressant de constater tout ce qui se passait pendant le modelage, en ma présence.

En général, je disposais d'une boîte de pâte à modeler, de différentes couleurs, d'une planchette de bois, et d'un couteau. Il était intéressant d'observer le maniement du couteau, et le choix des couleurs, ainsi que les associations d'idées sur les couleurs.

Objection quant à la validité analytique de cette méthode :

Selon les opinions conservatrices ou radicales, (Cf. MALAN), on peut concevoir que ce genre d'intervention perturbe le processus analytique au point qu'on ne puisse plus qualifier de psychothérapie analytique une telle entreprise. Il est très difficile de se référer à des critères reconnus par tous, car les différentes écoles analytiques n'ont pas fait l'unanimité sur des problèmes aussi essentiels que l'interprétation, et sur ce qui fait l'essence même du travail analytique, si ce n'est que ce travail se rapporte à l'inconscient et par l'intermédiaire de la parole. Cependant, nous pouvons repérer les points communs et les divergences. Tout d'abord les points communs, ce sont : l'abstinence, la frustration, l'association libre (à propos de laquelle LACAN dit dans les Ecrits : "le travail forcé de ce discours sans échappatoire que le psychologue non sans humour, et le thérapeute non sans ruse, ont décoré du nom de libre association.") :

- l'analyse du discours latent,
- l'analyse des résistances (dont LACAN a montré le "dangereux versant"),
- l'analyse du jeu transférentiel,
- et enfin, le cadre spatio-temporel.

Quant aux divergences, elles sont :

- le face à face,
- la rencontre en dehors des séances,
- la proposition de moyens d'expression autres que la parole.

Examinons ces différents points. Le face à face ne permet pas

au patient de projeter des fantasmes de la même manière que sur le divan. En ceci, cette technique se rapproche des psychothérapies brèves décrites par MALAN (élève de BALINT).

Selon eux, la technique du divan est un facteur d'allongement et favorise le transfert. Cependant, il est un facteur important de la psychothérapie même dans ces méthodes de face à face.

De même la rencontre en dehors des séances perturbe le transfert et surtout l'interprétation car il n'est pas possible d'attribuer des éléments au transfert avec la même certitude que dans des conditions d'aseptie.

Il semble alors nécessaire de sacrifier une grande partie du travail avec le transfert, c'est le prix à payer pour les bénéfices indéniables, que cette technique apporte. De toute façon, des éléments transférentiels apparaissent et peuvent être analysés avec efficacité, il faut être seulement plus prudent quant à l'interprétation.

Quant à la proposition, d'autres moyens d'expression, est-elle plus artificielle que celle de s'allonger sur un divan et de se livrer à l'association libre ?

Il me semble que les moyens d'expression inhabituels permettent d'échapper dans une certaine mesure, aux inconvénients de l'absence, d'étanchéité du cadre thérapeutique, d'avec la réalité quotidienne. On ne peut pas facilement communiquer à propos du réel avec la pâte à modeler ; on communique d'emblée à un niveau beaucoup plus archaïque. Ceci n'empêche pas que ces processus psychiques archaïques soient affectés par la réalité relationnelle. C'est pour cette raison qu'il faut être particulièrement prudent en matière d'interprétation, et surtout dans le transfert dans ce cadre là.

Malgré la difficulté d'utilisation du transfert, il était possible d'avoir un matériel d'analyse qui permette une certaine écoute. En effet, il était possible de repérer les mêmes structures dans cinq dimensions différentes et d'éclairer ainsi le discours de la patiente :

1/ Dans l'histoire de la patiente, son passé, surtout celui qu'elles racontaient,

.../...

- 2/ Ce qui était mis en scène dans le modelage ou l'écriture,
- 3/ Les associations d'idées sur ce modelage ou cette écriture, qui étaient utilisées comme un rêve.
- 4/ Ce qui se passait dans le contre transfert,
- 5/ Ce qui se passait dans le service et dans savie, et que la patiente racontait.

Un autre point qui peut être étudié est celui de la frustration et du silence, et de la neutralité bienveillante. A mon sens, point n'est besoin d'être silencieux pour être frustrant, neutre et bienveillant. Il s'agit d'une attitude intérieure qui me semble être une attitude professionnelle telle que WINNICOT la décrit. D'ailleurs LACAN apporte un point de vue intéressant dans les Ecrits : "Demandons-nous plutôt d'où vient cette frustration est-ce du silence de l'analyste ? Une réponse, même et surtout approbatrice, à la parole vide montre souvent par ses effets qu'elle est bien plus frustrante que le silence. Ne s'agit-il pas plutôt d'une frustration qui serait inhérente au discours même, du sujet." - "Fonction et champ de la parole et du langage." Donc la frustration utile est de ne pas établir d'alliance inconsciente avec les résistances du sujet.

La réalisation symbolique de SECHEHAYE : Il me semble qu'il y a une différence assez importante dans le fait qu'il ne s'agit pas de satisfaire symboliquement les besoins des patients, mais plutôt de réaliser un espace de transition entre le fantasme et le réel, qui permet des opérations faisant l'économie du réel, et permettant au langage d'opérer. Enfin on peut dire qu'il y a des points de ressemblance avec l'analyse des enfants par le jeu de Mélanie KLEIN.

- Le rêve éveillé "dirigé" de DESOILLE,
- Les fantasmes provoqués et la technique active de FERENCZI,
- La thérapie brève de MALAN : bien que je n'ai pas utilisé une technique focale.

Or, le problème posé par ce genre de psychothérapie est très délicat et pose la question de "qu'est-ce qui soigne, quoi et qui ?"

Ceci est une méthode parmi d'autres, pour provoquer des effets durables s'appuyant sur des principes analytiques. Devant la

.../...

difficulté de trouver un référent théorique admis à l'unanimité des théoriciens de la psychanalyse, j'ai choisi de confronter ce travail aux idées de LACAN, qui semble avoir particulièrement tenté de définir l'essence de la psychanalyse, et d'en avoir dénoncé les contrefaçons. Deux textes essentiels m'ont servi de base de réflexions : "Fonction et champ de la parole et du langage : Ecrits ", et "Le séminaire, livre I, "Ecrits techniques de FREUD : la topique de l'imaginaire".

En effet, dans ces écrits, LACAN cherche à préciser le phénomène essentiel de la psychanalyse, et dénonce les nouvelles tendances qui tout en se revêtant du label analytique, en méconnaissent les principes fondamentaux.

Dans la mesure où la technique que j'ai utilisé peut être classée dans cette catégorie, il me semble particulièrement important de tenir compte de cette mise en garde.

Il est intéressant de noter que FERENCZI, lui-même, avait fait cette démarche dans un article fait en collaboration avec OTTO RANK, dans "Perspective de la Psychanalyse (Tome III)". Tout en essayant de développer sa technique active. Voici quelques passages significatifs des écrits :

"On peut suivre à mesure des ans passés cette aversion de l'intérêt quant aux fonctions de la parole, et quant au champ du langage. Elle motive les "changements de but et de technique..."

"La promotion en effet, de la résistance de l'objet dans la théorie, et la technique doit être elle-même soumise à la dialectique de l'analyse, qui ne peut qu'y reconnaître un alibi du sujet."

Autrement dit, ces techniques peuvent être l'expression des résistances du thérapeute, et du patient.

"L'impulsion est venue ici de la psychanalyse des enfants et du terrain favorable qu'offrait aux tentatives comme aux tentations des chercheurs l'approche des structurations préverbales."

"C'est la tentation qui se présente à l'analyste d'abandonner le fondement de la parole et ceci justement en des domaines où son usage

.../...

pour confiner à l'inéffable, requerrait plus que jamais son examen : le danger devient grand. S'il y abandonne en outre son langage ou bénéfice de langages déjà institués, et dont il connaît mal les compensations, qu'ils offrent à l'ignorance."

"Les fonctions de la parole... depuis FREUD; ce champ central de notre domaine soit tombé en friche."

"Mais si le psychanalyste ignore qu'il en va aussi de la fonction de la parole, il n'en subira que plus fortement l'appel, et si c'est le vide qui d'abord s'y fait entendre, c'est en lui-même qu'il l'éprouvera et c'est au-delà de la parole qu'il cherchera une réalité qui comble ce vide aussi en vient-il à analyser le comportement du sujet pour y trouver ce qu'il ne dit pas."

"Visons plutôt ce hic and nunc... il peut être utile en effet, pourvu que l'intention imaginaire que l'analyste y découvre, ne soit pas détachée par lui de la relation symbolique où elle s'exprime."

"L'analyste dès lors ne saurait traquer sans danger le sujet dans l'intimité de son geste, voire de sa statique sauf à les réintégrer comme parties muettes dans son discours narcissique..."

Autrement dit, il n'y a pas de langage paraverbal mais plutôt "parties muettes", c'est-à-dire non-langage.

"Rien ne doit être lu concernant le moi du sujet qui ne puisse être réassumé par lui sous la forme du je..."

"L'attention distraite... cette attention vise assurément pas... un objet au-delà de la parole du sujet."

"La remémoration hypnotique est sans doute reproduction du passé, mais surtout représentation parlée..."

Désavouant l'hypnose, il précise les moyens de la psychanalyse.

"Ses moyens sont ceux de la parole en tant qu'elle confère aux fonctions de l'individu un sens ; son domaine est celui du discours concret en tant que champ de la réalité transindividuelle du sujet, ses opérations sont celles de l'histoire en tant qu'elle constitue l'émergence de la vérité dans le réel."

.../...

Ayant précisé ce qu'est la parole et ce qu'elle n'est pas, nous allons voir comment s'articule cette parole par rapport au registre symbolique dans sa relation avec l'imaginaire et le réel.

L'autre texte qui nous intéresse est "La topique de l'imaginaire". Il s'agit de mettre en évidence les rapports de l'ordre symbolique, et de l'imaginaire à propos d'une observation de Mélanie KLEIN, concernant un enfant connu sous le nom de Dick, et de préciser le point d'impact des interprétations.

"Quant Mélanie KLEIN nous dit que les objets sont constitués par des jeux de projection, d'introjection, d'expulsion, de réintrojection, des mauvais objets, et que le sujet ayant projeté son sadisme le voit revenir de ces objets et de ce fait se trouve bloqué par une crainte anxieuse, ne sentez-vous pas que nous sommes dans le domaine de l'imaginaire ? Tout le problème dès lors, est celui de la jonction du symbolique et de l'imaginaire dans la constitution du réel."

"La situation du sujet est essentiellement caractérisée par sa place dans le monde symbolique, autrement dit dans le monde de la parole."

A propos des objets contenus dans le corps maternel, et ressentis comme dangereux, ils sont soumis à des opérations imaginaires.

"Différents objets du monde extérieur, plus neutralisés seront posés comme les équivalents des premiers, et leur seront liés par une équation imaginaire. Ainsi l'équation symbolique que nous redécouvrons entre ces objets, surgit d'un mécanisme alternatif d'expulsion et d'introjection, de projection et d'absorption : c'est-à-dire un jeu imaginaire."

En ce qui concerne le rapport du réel et de l'imaginaire.

"Dans la mesure où une partie de la réalité est imaginée, l'autre est réelle et inversement."

"Nous sommes ici dans un rapport en miroir."

Puis reprenant l'observation de Mélanie KLEIN.

"L'enfant Dick... dispose d'un certain nombre de registres significatifs. Mélanie KLEIN souligne l'extrême étroitesse... du domaine imaginaire... donc... l'impossibilité pour cet enfant d'entrer dans une relation

.../...

effective avec les objets en tant que structures."

"Cet enfant n'adresse aucun appel. Il est maître du langage mais ne parle pas."

"Le langage n'est pas accolé à son système imaginaire dont le registre est excessivement court... il joue un peu (très peu) avec son train."

"L'intervention de Mélanie KLEIN est la suivante : Dick petit train - grand train papa train - Dick dit le mot station . A ce moment, s'ébauche l'accolement du langage à l'imaginaire du sujet.

Mélanie KLEIN : "La gare c'est maman. Dick entrer dans maman".

"Que fait Mélanie KLEIN, rien d'autre que d'apporter la symbolisation Elle a symbolisé une relation effective, celle d'un être nommé avec un autre."

"L'enfant symbolise la réalité autour de lui à partir de ce noyau, de cette petite cellule palpitante de symbolisme, que lui a donné Mélanie KLEIN."

"Mélanie KLEIN dit... avoir ouvert les portes de son inconscient. Il n'y a aucune espèce d'inconscient dans le sujet, c'est le discours de Mélanie KLEIN qui greffe brutalement sur l'inertie moïque initiale de l'enfant les premières symbolisations de la situation oedipienne."

"Puisque ce sujet ne fait entendre aucun appel. Quels sont les effets des symbolisations introduites par le thérapeute ? Elles déterminent une position initiale à partir de laquelle le sujet peut faire jouer l'imaginaire et le réel, et conquérir son développement."

"Il s'engouffre dans une série d'équivalences, dans un système où les objets se substituent les uns aux autres..."

"Il accède à des contenus de plus en plus riches, comme à la possibilité de définir le contenu, et le non-contenu. Le développement n'a lieu que dans la mesure où le sujet s'intègre au système symbolique, s'y exerce, s'y affirme par l'exercice d'une parole véritable."

Le développement du sujet va de pair avec la conquête des représentations des objets du monde extérieur et intérieur.

"Vous vous apercevez que le monde extérieur, ce que nous appelons le monde réel, et qui n'est qu'un monde humanisé, symbolisé, fait de la transcendance introduite par le symbole dans la réalité primitive ne peut se constituer que quand se sont produites à la bonne place une série de rencontres."

.../...

"Si ces rencontres ne sont pas intervenues dans un certain ordre, l'égo n'apparaît pas purement et simplement, l'imaginaire ne peut pas s'introduire, le sujet reste dans une réalité réduite avec un bagage imaginaire réduit."

"La vertu de la parole en tant que l'acte de la parole est un fonctionnement coordonné à un système symbolique déjà établi, typique et significatif."

De ce texte, il apparaît clairement que la symbolique et l'imaginaire sont liés par une relation dialectique étroite, qui la croissance de l'un est nécessaire à la croissance de l'autre.

Mais que le point d'impact de l'analyste est uniquement le symbolique par l'intermédiaire de la parole.

Je me propose d'étudier les exemples de psychothérapie que j'ai rapporté ci-dessus.

Dans certains cas, il me semble que cette expérience m'a permis de découvrir la validité des idées exposées par LACAN.

Si nous prenons l'exemple de G., dans la scène où elle fabrique le serpent de pâte à modeler. Ce n'est que parce qu'elle dit "j'ai peur qu'il vous pique", que je peux associer avec des autres paroles des séances précédentes concernant la mort de sa grand mère, et sa peur de recevoir des nouvelles de mort. Si je n'avais pas fait ces associations, est-ce que le simple fait de réaliser l'acte symbolique de m'offrir le serpent, aurait-il eu ces effets ? Je ne sais pas. En tout cas, si elle ne l'avait pas associé verbalement à sa peur de "me piquer", je pense qu'il n'y aurait eu aucun effet.

Il y a eu de sa part et de la mienne, la jonction d'éléments symboliques par la parole aux éléments représentés.

De même, au cours de la séance où elle frappe sur un coussin c'est seulement lorsqu'elle peut verbaliser la haine violente de son petit frère qu'il y a un changement significatif. A mon avis, elle aurait pu frapper longtemps sans rien associer : il ne se serait rien passé dans son cas, car le problème n'était pas la répression de la violence mais la haine des garçons. Il me semble évident, dans le cas de G. de l'effet désastreux qui se serait ensuivi, d'interpréter son comportement et non ses paroles.

.../...

Il est intéressant de constater que dans ces psychothérapies j'offrais aux patientes un moyen d'expression qui permettait de mettre en scène l'imaginaire et grâce aux associations d'idées ; de l'articuler au registre symbolique. Sans quoi, il serait très difficile dans le contexte de faire cette opération, car la parole s'exercerait sur des éléments où il serait impossible de faire une différence entre réel et imaginaire.

J'ai voulu mettre en évidence dans ce chapitre, en quoi cette approche thérapeutique utilisait des principes analytiques.

Cependant, j'ai bien conscience que dans ce genre de psychothérapie, il existe des effets qui ne découlent pas des principes analytiques, et qui ont été développés dans d'autres méthodes, telles que les thérapies comportementales. Le danger est la confusion des deux qui empêchent bien entendu leur parfaite maîtrise.

Je me propose dans un autre travail (mémoire) d'établir l'originalité des deux approches et des rapports entre elles ainsi que des exemples d'application.

Il nous est possible maintenant de faire un bilan des critères selon lesquelles nous pourrions évaluer l'activité psychothérapique dans l'hôpital psychiatrique :

- 1/ Comment est pensée la stratégie du soutien,
- 2/ L'aménagement de techniques psychothérapiques à la réalité de l'hôpital psychiatrique,
- 3/ L'analyse des facteurs de contenance,
- 4/ Les possibilités de progrédiante.

Il me semble que l'analyse de ces quatre aspects serait utile pour appréhender l'efficacité de l'appareil institutionnel, et pour en tirer des constatations et des décisions intéressantes.

- CONCLUSION -

La psychothérapie d'inspiration analytique à l'hôpital psychiatrique, par l'interne du service est possible, au moins pour certaines personnalités non dissociées.

Etant donné la difficulté d'établir un champ symbolique suffisamment distinct du réel, elle exige d'aménager la technique afin de négocier avec le patient, un registre symbolique qui lui convienne, qui peut être associé à la parole : écriture, modelage, activité corporelle pouvant être compris comme des signifiants exerçant des fonctions symboliques. Compte tenu des aménagements nécessaires, elle n'est pas incompatible avec les autres fonctions dévolues au rôle d'interne. Elle n'est pas incompatible non plus, avec d'autres techniques psychothérapiques, telles que l'approche corporelle et comportementale dite "bioénergétique".

Mais son efficacité dépend étroitement de l'institution, dans sa capacité de former un système contenant les crises inévitables qui accompagnent toute évolution, et d'offrir des possibilités de progrédiance. Sans quoi, elle devient impossible voire dangereuse. Elle implique la nécessité de la part du psychothérapeute (en l'occurrence l'interne) de se préoccuper de cette fonction de contenance, et plus particulièrement, d'apporter une assistance aux soignants dans l'exercice de cette fonction.

Le Directeur de l'U.E.R. GRANGE BLANCHE

Professeur B. SALLE

Le Président de la Thèse

Professeur J. GUYOTAT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LYON, 1e 28 NOVEMBRE 1978

Le Président de l'Université Claude Bernard

Professeur D. GERMAIN

- BIBLIOGRAPHIE -

- | | | | |
|--------------|---|--|-----------------|
| ANNA FREUD | : | Le moi et le mécanisme de défense | PUF 64 |
| ANZIEUX | : | Le groupe et l'inconscient | DUNOD 75 |
| | | Le travail psychanalytique dans les groupes | DUNOD 72 |
| AUDRAS | : | RFP L'autoérotisme 5.07.1978 | |
| BETHEILHEIM | : | Les blessures symboliques | GALLIMARD 71 |
| BERTALANFY | : | Théories générale des systèmes | DUNOD 73 |
| BERGERET | : | Le normal et le pathologique | DUNOD 74 |
| | | Abrégé de psychologie-pathologie | MASSON 72 |
| BALINT | : | Techniques psychothérapiques en médecine | PAYOT 66 |
| COOPER | : | Une grammaire à l'usage des vivants | Combats SEUIL |
| | | Psychiatrie et antipsychiatrie | Collection |
| | | | Champ Freudien |
| CASTORIADIS- | | | |
| AULAGNIER | : | La violence de l'interprétation | FIL ROUGE |
| FREUD | : | Psychologie collective et analyse | |
| | | du moi | PAYOT |
| | | La technique psychanalytique | PUF 72 |
| FERENCZI | : | Oeuvres psychanalytiques - tome III | PAYOT 74 |
| GRUNBERGER | : | Le narcissisme | PETITE BIBLIO- |
| | | | THEQUE PAYOT 75 |
| HOCMANN J. | : | Valeur symbolique de l'aide matérielle dans le traitement des psychotiques | PSYCHANALYSE A |
| | | | L'UNIVERSITE |
| | | | FR 1977-2n°8 |
| | | | 629 663 |
| KLEIN M. | : | Essais de psychanalyse | PAYOT 74 |
| | | Developpement de la psychanalyse | PAYOT |
| LAING | : | La politique de l'expérience | STOCK |
| | | La politique de la famille | STOCK 72 |
| | | Noeuds | STOCK 71 |

- LACAN : Les écrits EDITION DU SEUIL 71
- LAPLANCHE
- et PONTALIS : Vocabulaire de la
Psychanalyse PUF 78
- MALAN : La psychothérapie brève PAYOT 75
- MARIA TOROK : RFP - Maladie du deuil
et fantasme du cadavre
exquis RFP - 4 - 1968
- PANKOFF : Structuration dynamique
dans la schizophrénie Revue Suisse
de PSYCHOLOGIE n° 27
L'homme et sa psychose AUBIER MONTAIGNE
2e EDITION 69
- RACAMIER : Le psychanalyste sans
divan PAYOT 73
- RESNIK : Personne et psychose PAYOT 73
- RODGERS : Psychothérapie et
relations humaines PRESSE UNIVER-
SITAIRE- LOUVAIN 77
- La relation d'aide
et la psychothérapie ESF 74 TI et T2
- ROSEN : L'analyse directe PUF 59
- ROSENFELD : Les états psychotiques FIL ROUGE PUF 76
- SAPIR : La relaxation :
son approche psychana-
lytique DUNOD 75
- SECHEHAYE : Le journal d'une schizophrène PUF
La réalisation symbolique Rev. Suisse de
PSY. App. N° 12
- SLAVSON : La psychothérapie analytique
de groupe PUF 53
- WATLAVICK : Paradoxe et changements en psychothérapie SEUIL 75
La réalité de la Réalité SEUIL 78
- WINNICOT : Jeu et réalité L'espace potentiel GALLIMARD 75
De la pédiatrie à la psychanalyse P.B. PAYOT 76
- OEUVRES COLLECTIVES :
Introductions aux idées psychanalytiques de BION
(GRINDBERG-DARIO-SOR...) DUNOD 76
Le psychodrame: approche psychanalytique DUNOD 72

